

Aus der Psychosomatischen Klinik Windach

Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Michael Zaudig

**Untersuchung der Komorbidität zwischen Zwangsstörung
und anankastischer Persönlichkeitsstörung
anhand der Daten der Psychosomatischen Klinik Windach**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Vera Bratky

aus
München

2016

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Michael Zaudig

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Andrea Schmitt

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 18.02.2016

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Abkürzungen und Akronyme	IV
1 Einleitung	1
1.1 Grundlagen.....	3
1.1.1 Grundlagen der Zwangsstörung	3
1.1.2 Grundlagen der anankastischen Persönlichkeitsstörung	12
1.1.3 Komorbidität anankastische Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung und Herausforderungen der Differenzierung	15
1.2 Klassifikationssysteme	17
1.2.1 ICD 10.....	17
1.2.3 DSM.....	22
1.2.4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Klassifikationen zwischen ICD 10 und DSM-IV-TR bzw. DSM-5	27
1.3 Diagnostik und Psychometrie	32
1.3.1 Zwangsstörung	32
1.3.2 Persönlichkeitsstörungen	36
2 Aktueller Stand der Forschung	37
2.1 Komorbidität zwischen Zwangsstörung (ZS) und anankastischer Persönlichkeitsstörung (APS).....	37
2.2 Charakteristika der Untergruppe der Patienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung zur Zwangsstörung	40
2.3 Kausalität der Komorbidität von anankastischer Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung	43
3 Fragestellung	44
4 Material & Methodik	46
4.1 Die Psychosomatische Klinik Windach und das Therapiekonzept	46
4.1.1 Allgemeines zur Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee	46
4.1.2 Therapie speziell der Zwangsstörung	46
4.2 Erfassung und Auswertung der Daten aus Psy-BaDo	48
4.2.1 Allgemeines	48

4.2.2	Auswahl der untersuchten Gruppen.....	49
4.2.3	Erfassung.....	50
4.2.4	Auswertung.....	52
4.3	Erfassung und Auswertung der Daten aus den Akten der Patientenstichprobe.....	53
4.3.1	Stichprobenauswahl.....	53
4.3.2	Erfassung.....	53
4.3.3	Auswertung.....	54
4.4	Statistische Methoden	55
4.4.1	Deskriptive Statistik.....	55
4.4.2	T-Test für unabhängige Stichproben.....	55
4.4.3	Chi-Quadrat-Test	55
4.5	SPSS.....	56
5	Ergebnisse	57
5.1	Beschreibung der Daten des Psy-BaDo	57
5.1.1	Beschreibung des gesamten Patientenkollektivs	57
5.1.2	Beschreibung der untersuchten Gruppen	58
5.2	Untersuchung der spezifischen Komorbidität anankastische Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung	62
5.2.1	Komorbidität Zwangsstörung und Persönlichkeitsstörungen insgesamt	62
5.2.2	Komorbidität anankastische Persönlichkeitsstörung und andere F-Diagnosen	65
5.3	Untersuchung der Daten aus den Akten der Patientenstichprobe	67
5.3.1	YBOCS-Zwangskategorien.....	67
5.3.2	Krankheitsanamnese	68
5.3.3	Verlauf der YBOCS-Werte	69
5.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	72
6	Diskussion	77
6.1	Diskussion der Methodik	77
6.2	Einordnung der Ergebnisse	79
6.2.1	Komorbidität zwischen Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung.....	81

6.2.2	Charakteristika der Untergruppe der Patienten mit Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung	83
6.2.3	Schlussfolgerungen	86
6.2.4	Diskussion der Trennschärfe der Diagnosekriterien	88
6.2.5	Ausblick	88
7	Zusammenfassung	92
	Abbildungsverzeichnis	94
	Tabellenverzeichnis	95
	Anhang	96
	Literaturverzeichnis	97
	Danksagung	107

Verzeichnis der Abkürzungen und Akronyme

APS	Anankastische Persönlichkeitsstörung
-APS	Anankastische Persönlichkeitsstörung nicht vorhanden
+APS	Anankastische Persönlichkeitsstörung vorhanden
DSM-IV-TR	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th revision, text revision
DSM-5	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th revision
ERP	exposure and response prevention
ICD-10	The International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems, 10 th revision
KI	Konfidenzintervall
KT	Kognitive Therapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
Max	Maximum
ME	Median
Min	Minimum
MW	Mittelwert
PS	Persönlichkeitsstörung
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SD.	Standardabweichung
Stand. Int.	Standardisiertes Interview
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VT	Verhaltenstherapie
WHO	World Health Organisation
ZS	Zwangsstörung

1 Einleitung

Schon Kraepelin und Freud beschrieben das Phänomen der Zwangsneurose, eine Erkrankung, die noch heute sehr hohe klinische Relevanz hat. Durchschnittlich 1,2-1,8% der Menschen sind laut neuesten Studien im Laufe ihres Lebens von einer Zwangsstörung betroffen und somit in ihrem Leben stark davon beeinträchtigt.

Eine Zwangsstörung äußert sich auf unterschiedlichste Weise. Manche Betroffenen können nur mit großem Zeitaufwand das Haus verlassen, da sie immer wieder kontrollieren müssen, ob der Herd, die Lampen und andere elektrische Geräte ausgeschaltet sind aus Angst es könne durch ihr Versagen etwas Schlimmes geschehen. Andere leben in ständiger Angst sich durch Verschmutzungen mit schlimmen Krankheiten zu infizieren und benötigen stundenlange ritualisierte Reinigungs- und Waschroutinen, um sich annähernd beruhigt zu fühlen. Auch ohne die Ausübung von tatsächlichen Zwangsritualen kann ein Betroffener sehr unter einer Zwangserkrankung leiden, indem er zum Beispiel „schlechte“ Gedanken durch bestimmte Zählrituale neutralisieren muss. Oder indem eine Mutter ständig in Gedanken die vorangegangene Essenszubereitung oder den Wickelvorgang durchspielt aus Angst, sie könne ihr Kind schwer verletzt haben. Trotz dieser unterschiedlichen Ausprägungen ist allen Betroffenen gemein, dass sie sich bewusst sind, dass ihr Verhalten und ihre Gedanken unverhältnismäßig sind, und sie emotional und durch den Zeitaufwand stark beeinträchtigt sind. Der Leidensdruck ist unter den Betroffenen meist enorm und wird oft dadurch verstärkt, dass die Zwangsstörung aus Scham lange geheim gehalten wird.

Abzugrenzen ist diese Erkrankung von der anankastischen Persönlichkeitsstörung, die auch zwanghafte Persönlichkeitsstörung genannt wird. Die Betroffenen zeigen eine sehr eingeeengte und rigide Persönlichkeitsstruktur, die sie im sozialen Umgang und im Alltag behindert. Sie sind aufgrund ihres Perfektionismus nicht in der Lage Aufgaben zügig zu beenden und können sehr schlecht Aufgaben delegieren, da andere sie ihnen nicht gut genug durchführen würden. Pflichten und moralische Vorstellungen stehen für sie vor Vergnügen, soziale Kontakte und Vergnügen werden zugunsten derer vernachlässigt. Ordnung hat für sie einen übertrieben hohen Stellenwert. Sie sind sehr sparsam, zum Teil sogar geizig, und streng mit sich und anderen und es ist ihnen unmöglich sich Dinge zu gönnen und zu genießen. Einigen

von ihnen fällt es sehr schwer sich von alten und verschlissenen Dingen zu trennen und sie sammeln Dinge, die eigentlich keinen Nutzen mehr erfüllen. Zum Teil können auch sich aufdrängende Gedanken vorhanden sein, die aber nicht so bewusst als Zwangsgedanken wie bei einem von einer Zwangsstörung Betroffenen ablaufen. Die Symptome der Persönlichkeitsstörung werden sehr lange als ich-synton erlebt, das heißt der Betroffene hat keine Einsicht in die Unverhältnismäßigkeit seines Handelns.

Ein für die Wissenschaft schon länger interessanter Fall tritt ein, wenn beide Erkrankungen gleichzeitig auftreten. Dann verschmelzen Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung zu einem Bild. Zu einer Person, die sehr streng, pflichtbewusst und rigide ist, viel Zeit in Pflichterfüllung hineinsteckt und gleichzeitig Ordnungszwänge ausübt, Zwangsgedanken bekämpft oder Kontrollrituale durchführt. In der Diagnosestellung sind die Grenzen aber fließend und einige Autoren haben schon festgestellt, dass die anankastische Persönlichkeitsstörung gehäuft bei Zwangspatienten auftritt und auch Menschen mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung auffällig oft an einer Zwangsstörung leiden. Ist vielleicht eine über einen längeren Zeitraum bestehende Zwangsstörung ein Risikofaktor, um auch eine Persönlichkeitsveränderung zu erfahren? Oder ist ein Mensch mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale prädestiniert dazu eine Zwangsstörung zu entwickeln? Ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen liegt nahe, jedoch herrscht, auch aufgrund der deutlichen Trennung der beiden Störungen in den Klassifikationsmanualen, häufig die Auffassung, dass es sich um zwei komplett voneinander unabhängige Krankheitsbilder handelt.

Diese Fragen werden sich nicht direkt beantworten lassen. Aber es lässt sich überprüfen, ob bei den jeweils von der einen Erkrankung Betroffenen gehäuft die jeweils andere Erkrankung komorbide auftritt. Und es lässt sich untersuchen, ob bei Patienten, die komorbide zur Zwangsstörung eine anankastische Persönlichkeitsstörung aufweisen, andere Charakteristika vorherrschen als bei Zwangspatienten ohne diese komorbide Erkrankung. Dies könnte die Theorie bestätigen, dass von beiden Erkrankungen Betroffene einen speziellen Krankheitsverlauf aufweisen und aufgrund der Persönlichkeitsinteraktion der Zwangssymptome differenziertere Therapieansätze benötigen.

1.1 Grundlagen

1.1.1 Grundlagen der Zwangsstörung

1.1.1.1 Geschichte der Zwangsstörung

Die ersten Beschreibungen von dem, was heute als Zwangsstörung bezeichnet wird, erfolgten bereits in der Antike durch Plutarch (46-120 n. Chr.) in der Schilderung von sich aufdrängenden blasphemischen Gedanken (Zaudig et al., 2002). Das Verständnis für die Zwangsstörung als Krankheit entstand allerdings erst im 19. Jahrhundert mit der Veröffentlichung von Jean Etienne Dominique Esquirol (1782-1840), einem französischen Psychiater, der als erster die Zwangsstörung den psychischen Erkrankungen zuordnete und sie als solche beschrieb (Zaudig et al., 2002). Er beschrieb die Grundsymptomatik der Zwangsstörung anhand des Fallbeispiels Mademoiselle F., nämlich unsinnige und unfreiwillige nicht unterdrückbare Gedanken und Handlungen, deren Unsinnigkeit die Patientin erkannte. Als erster deutscher Psychiater führte Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1902) den Begriff „Zwangsvorstellung“ ein (1867) und beschrieb damit sich aufdrängende unsinnige Gedanken, denen der Betroffene ausgeliefert ist (Zaudig et al., 2002). Maßgeblich trug dann ein Vortrag Westphals 1877 zur weiteren Definition der Zwangsstörung bei. Er definierte Zwangsvorstellungen als gegen den Willen des Betroffenen ins Bewusstsein tretende Vorstellungen, die sich nicht abwehren lassen und den normalen Gedankengang beeinträchtigen, jedoch dem Betroffenen als fremdartig und unsinnig bewusst sind (Kraepelin, 1915). Im Gegensatz zur Auffassung der Zwangszustände als Störung der Emotionalität bei Esquirol, sah Westphal diese eher als Störung der intellektuellen Funktion (Zaudig et al., 2002). Schon 1913 findet sich bei Karl Jaspers eine Beschreibung der bis heute gültigen Psychopathologie der Zwangsstörung als sich ins Bewusstsein drängende Vorstellungen, die dem Betroffenen unsinnig erscheinen und er ihnen aber dennoch folgen muss (Jaspers, 1973, Zaudig et al., 2002). Außerdem schildert er bereits die entstehende Angst bei geleistetem Widerstand gegen die Zwangsvorstellungen mit magischen Ideen und dem Entstehen von Zwangsritualen. Kraepelin definierte in seiner psychiatrischen Nomenklatur (1915) die „Zwangsneurose“ als ein Zusammenschluss mehrerer Krankheitszustände mit dem gemeinsamen

Kennzeichen von „aufdrängenden Vorstellungen oder Befürchtungen“ (Kraepelin, 1915, Zaudig et al., 2002, Zaudig, 2011a).

1.1.1.2 Klinisches Bild der Zwangsstörung

Die grundlegenden Symptome einer Zwangsstörung sind Zwangshandlungen und/oder Zwangsgedanken. Diese äußern sich als den Betroffenen stark einschränkende wiederkehrende Gedanken, Impulse oder Verhaltensweisen, die als ich-dyston empfunden werden. Es wird innerer Widerstand gegen diese Gedanken und Handlungen geleistet, da sie als unangemessen und sinnlos empfunden werden. Insgesamt empfinden Zwangskranke die Symptome als quälend und beschämend (Salkovskis et al., 2009, Reinecker, 2003, Reinecker, 2009, Zaudig, 2011a).

Im psychopathologischen Befund zeigen Zwangspatienten eine Reihe an Symptomen, die über die konkrete Zwangssymptomatik hinausgehen. Zum Beispiel sind die Betroffenen häufig formalgedanklich eingeengt, weitschweifig und zeigen eine Neigung zum Grübeln. Außerdem ist der Affekt nicht selten zum depressiven Pol verschoben und es besteht Angst (Zaudig, 2011a, Salkovskis, 1998).

Die Zwangsstörung lässt sich in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen unterteilen. Zwangsgedanken („obsessions“) sind nach Salkovskis et al. (2009) sich aufdrängende lästige Gedanken, bildhafte Vorstellungen und Impulse. Sie werden von den Betroffenen als sinnlos und abstoßend erlebt und sind trotz Anstrengung nicht abzuwehren (Salkovskis et al., 2009). Zwangsgedanken äußern sich zumeist bezogen auf Kontamination und Verschmutzung, Kontrolle, Symmetriestreben, Aggression und Sexualität, Religion, Zählen und magischem Denken. Die drei Hauptuntergruppen der Zwangsgedanken werden gebildet aus zwanghaftem Zweifeln, zwanghaften Impulsen und zwanghaften Vorstellungen und Bildern. Betroffene von zwanghaftem Zweifeln berichten von sich aufdrängenden Gedanken, die sich um eigene Handlungen und deren Auswirkungen auf die eigene Person oder das Umfeld drehen, zum Beispiel „habe ich jemanden überfahren und Fahrerflucht begangen?“. Bei zwanghaften Impulsen handelt es sich um Gedanken mit starker Handlungskomponente, zumeist um aggressive oder sexuelle Handlungen, zum Beispiel „schlage die Person“. Der Widerstand gegen diese Impulse ist nahezu vollkommen, das heißt sie werden fast nie durchgeführt. Auch bei zwanghaften Vorstellungen oder Bildern, handelt es sich um Intrusionen mit häufig sexuellem oder

aggressivem Inhalt (Niedermeier und Zaudig, 2002, Reinecker, 2003, Reinecker, 2009, Zaudig, 2011a).

Die zweite Komponente der Zwangsstörung besteht aus Zwangshandlungen („compulsions“). Diese äußern sich als ritualisierte und teilweise stereotype Handlungsabläufe, die durchgeführt werden, gegen die innerer Widerstand besteht und die sich trotz ihrer vom Patienten erkannten Unsinnigkeit nicht oder nur sehr schwer unterdrücken lassen. Die häufigsten Formen der Zwangshandlungen sind Wasch-, Putz-, Kontroll- und Ordnungszwänge (Reinecker, 2009, Zaudig, 2011a).

1.1.1.3 Prävalenz der Zwangsstörung

Die Zwangsstörung ist eine der Erkrankungen, die das Leben der Betroffenen mit am stärksten beeinträchtigt. Unbehandelt persistiert diese Störung meistens (Heyman et al., 2006), wenn sie erkannt wird ist sie aber sehr gut behandelbar (Fineberg et al., 2008). Oft wird das Vorhandensein einer Zwangsstörung von Ärzten übersehen und die Betroffenen leben sie weiter aus, was eine starke psychosoziale Beeinträchtigung zur Folge hat, weswegen die Früherkennung eine wichtige Rolle spielen sollte (Fineberg et al., 2008). Durchschnittlich warten Patienten 7,5 Jahre ab Beginn der Zwangssymptomatik bis sie Zugang zu professioneller Hilfe suchen (Reinecker, 2003). Allerdings ist das weite Spektrum, in dem sich Zwangssymptome äußern können, noch nicht erfasst. Jeder Patient weist andere spezifische Zwänge auf und jede individuelle Zwangsstörung ist zutiefst komplex, was die Früherkennung schwierig macht (Matsunaga et al., 2010).

Die aktuellen Daten zur Prävalenz der Zwangsstörung variieren zwischen den verschiedenen Autoren stark. Einige Autoren geben eine Lebenszeitprävalenz von 2% (Deister, 2009) bzw. 2-3% (Zaudig et al., 2002) an und auch Ruscio et al. erfassen nach Auswertung Britischer Studien eine Lebenszeitprävalenz von 2,3% und eine 12-Monats-Prävalenz von 1,2% für die Diagnose einer Zwangsstörung (Ruscio et al., 2010). Andere Studien erwähnen eine Prävalenzrate bei Erwachsenen von 0,55% (Nestadt et al., 1998) bis 0,8% (Heyman et al., 2006).

Die neuesten Prävalenzzahlen, die durch die American Psychiatric Association für die 2013 erschienene DSM-5-Klassifikation ermittelt wurden, gehen von einer internationalen 12-Monats-Prävalenz von 1,2%-1,8% aus (Zaudig, 2015b, American

Psychiatric Association, 2013). In einer Auswertung des DEGS wurde eine 12-Monats-Prävalenz in Deutschland von 3,8% festgestellt (Wittchen und Jacobi, 2012).

1.1.1.4 Ursachen der Zwangsstörung

Über die Ursachen für Zwangsstörungen wird weithin diskutiert. Eine familiäre Komponente liegt nahe, da für Angehörige ersten Grades von Betroffenen mit einer Zwangsstörung ein erhöhtes Risiko besteht, ebenfalls an einer Zwangsstörung zu erkranken. Laut Nestadt et al. (2000) haben diese sogar eine fünffach höhere Lebenszeitprävalenz einer Zwangserkrankung (11,7% vs. 2,7%).

Neurochemische Komponenten scheinen auch eine Rolle zu spielen. Perez et al. (2006) haben nachgewiesen, dass bei von einer Zwangsstörung Betroffenen häufiger ein bestimmter Genotyp mit kürzeren Allelen im Serotonintransporter-Gen auftritt als bei der Panikstörung, den Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung oder den Probanden ohne psychische Erkrankung. Die schon lange bestehende Theorie, dass eine Imbalance in kortiko-striato-thalamischen Kreisläufen und Frontalhirnregionen Ursache einer Zwangsstörung ist, findet sowohl Befürworter (Ent D. den et al., 2011, Chiu et al., 2011, Rauch et al., 2001) als auch Gegner (Abramowitz et al., 2011). Andere Autoren weisen bei Zwangspatienten verminderte Volumina im Orbito-Frontal-Kortex (Atmaca et al., 2011, Chamberlain et al., 2008), Abweichungen im Mesotemporalappen (Besiroglu et al., 2011) und Transmitterveränderungen in Amygdala und Hippocampus (Besiroglu et al., 2011) nach. Fineberg et al. (2011) finden kein geeignetes Tiermodell für die Entstehung einer Zwangsstörung, alle bereits vorhandenen Modelle weisen Schwächen und Stärken auf. Wahrscheinlich ist aber, dass es gehirnstrukturelle Veränderungen bei Patienten mit einer Zwangsstörung gibt.

Nach dem verhaltens- und lernpsychologischen Ansatz sind Zwänge konditionierte Antworten auf das Grundgefühl der Angst (Salkovskis et al., 1998). Eine Zwangsstörung entsteht daraus, dass die betroffene Person entdeckt, dass ein bestimmter Mechanismus wie das Zwangsverhalten diese Angst reduzieren kann. Dieses Verhalten verfestigt sich dann als Lernmuster, um die Angst weiterhin zu reduzieren (Jenike, 1983, Salkovskis et al., 1998). Nach dem Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer findet die Verfestigung des Zwangsverhaltens in zwei Schritten statt (Salkovskis et al., 1998, Zaudig et al., 2002). Im ersten Schritt erfolgt die klassische

Konditionierung, das heißt ein neutraler Stimulus wird über die Verbindung mit einem aversivem Reiz zu einem konditionierten Stimulus und löst somit eine konditionierte emotionale Reaktion aus. Im zweiten Schritt findet die operante Konditionierung statt, das heißt, dass durch das Abklingen von Angst durch bestimmte Verhaltensweisen, die die unangenehme Situation beenden, diese negativ verstärkt werden. Aus diesem Grund werden die operant konditionierten Reaktionen, in diesem Fall das Zwangsverhalten, in Zukunft öfter ausgeführt, um Spannung zu reduzieren (Zaudig et al., 2002, Salkovskis, 1998).

1.1.1.5 Subgruppen der Zwangsstörung

1.1.1.5.1 Unterteilung nach Krankheitsbeginn

Die Zwangsstörung kann in eine Early- und eine Late-Onset-Störung unterteilt werden. Das von Janowitz et al. (2009) vorgeschlagene Cut-Off-Alter für diese Differenzierung liegt bei 10 Jahren. Andere Autoren sehen das Cut-Off-Alter eher bei 16 oder 17 Jahren (Grant et al., 2007). Fontenelle et al. (2003) fanden bei Betroffenen mit einer Early-Onset-Erkrankung einen höheren Anteil an Männern, mehr Zwangssymptome, eine schwerere Form der Zwangserkrankung und mehr erforderliche Therapieanläufe bis zum Therapieerfolg, allerdings unterschied sich der finale Therapieerfolg nicht zwischen Early- und Late-Onset-Patienten. Ein späterer Krankheitsbeginn geht auch mit weniger komorbiden Ticstörungen (Janowitz et al., 2009, Grant et al., 2007) und weniger Sammelzwängen einher (Grant et al., 2007). Je mehr komorbide Erkrankungen vorliegen, wie zum Beispiel Ticstörungen, Persönlichkeitsstörung oder Agoraphobie, desto höher ist vermutlich der Schweregrad der Zwangsstörung (Nestadt et al., 2003).

1.1.1.5.2 Unterteilung nach Einsichtsverhalten

Die in der DSM-IV-TR vorhandene Einteilung in Zwangspatienten mit „good insight“ und „poor insight“ differenziert auch zwischen zwei Untergruppen der Zwangspatienten (Sass et al., 2003). Die Gruppe ohne ein Verständnis für den krankhaften Charakter der Zwangssymptome weist einen höheren Schweregrad der Zwangssymptome auf, einen früheren Krankheitsbeginn und eine höhere Komorbidität mit der schizotypen Persönlichkeitsstörung (Catapano et al., 2010). In anderen demographischen Gesichtspunkten und dem Komorbiditätsspektrum zeigen sich keine Unterschiede (Catapano et al., 2010).

1.1.1.5.3 Unterteilung nach anderen Kriterien

Andere Autoren schlagen eine Unterteilung der Zwangsstörung in verschiedene Subgruppen entsprechend bestimmter Kriterien vor, wie entweder faktorenanalytisch, also je nach Untergruppe der Zwangssymptomatik (Kontrollzwänge, Wiederholungs-/Ordnungszwänge, Waschzwang, Sammelzwang), oder nach ICD-10 Subtypen (F42.0, 42.1, F 42.2), nach Subtyp „mit wenig Einsicht“ (entsprechend DSM-IV-TR), nach Subtyp „Vollständigkeit“, nach Subtyp „Verlauf“ (episodisch, intermittierend, chronisch), nach Subtyp „familiär/tic-bezogen“ oder nach Subtyp entsprechend geschlechtsspezifischer Besonderheiten (Zaudig, 2011b).

1.1.1.5.4 Untergruppe zwanghaftes Sammeln

Eine weitere Untergruppe der Zwangsstörung stellt die Gruppe der Patienten mit Sammelzwängen dar, im englischsprachigen Raum *hoarding* genannt. Die von zwanghaftem Sammeln Betroffenen weisen in einigen Studien grundsätzlich schwerere Zwangssymptome auf, weniger Einsicht in die Krankhaftigkeit der Zwangssymptome, eine stärkere psychosoziale Beeinträchtigung und mehr komorbide psychiatrische Erkrankungen (Wheaton et al., 2008, Chakraborty et al., 2012, Lochner et al., 2005, Samuels et al., 2002, Ayers et al., 2010, Pertusa et al., 2008). Meistens beginnt diese Art der Zwangssymptomatik früh im Leben und bleibt oft unerkannt. Unbehandelt neigen Sammelzwänge zur Chronifizierung und werden im Laufe des Lebens immer schwerwiegender (Ayers et al., 2010). Ein Zusammenhang zwischen der anankastischen Persönlichkeitsstörung und dem Auftreten eines Sammelzwangs wurde bereits in einigen Studien nachgewiesen (Lochner et al., 2005, Samuels et al., 2008, Samuels et al., 2007) und über diesen Zusammenhang könnte sich vielleicht eine spezielle Untergruppe von Zwangspatienten definieren lassen (Samuels et al., 2007).

Einige Autoren schlagen vor, das Auftreten von Sammelzwängen nicht als eine Unterform der Zwangsstörung zu definieren, sondern als eigenständige Krankheit oder in einer Untergruppe der Zwangsspektrums-Störungen (Mataix-Cols et al., 2010, Mataix-Cols et al., 2010, Mataix-Cols und Pertusa, 2012, Chakraborty et al., 2012). Die Symptome des zwanghaften Sammelns treten zumeist unabhängig von den anderen Zwangssymptomen auf und scheinen nicht Folge dieser zu sein, sondern als eigenständige Symptomatik zu bestehen (Mataix-Cols et al., 2010, Chakraborty et al., 2012, Pertusa et al., 2010, Pertusa et al., 2008). In der neuen

DSM-5-Klassifikation gibt es bereits die eigenständige Krankheit *hoarding disorder*, nachdem durch zahlreiche Experten ausgewertet wurde, ob die Diagnosekriterien spezifisch und sensitiv genug sind und auf die Gruppe der von einer *hoarding disorder* Betroffenen zutreffen (Mataix-Cols et al., 2011, Mataix-Cols und Pertusa, 2012). In der DSM-IV-TR-Klassifikation hingegen ließ sich das Symptom des Sammelns noch als Kriterium der anankastischen Persönlichkeitsstörung finden und bei Vorliegen dieses Symptoms in extremer Form zusätzlich zur Zwangsstörung konnten sowohl eine Zwangsstörung als auch eine anankastische Persönlichkeitsstörung definiert werden (Mataix-Cols et al., 2010). Für die Patienten mit zwanghaftem Sammeln stellt sich die Therapieplanung deutlich schwieriger dar, da diese Patienten zu Therapieabbrüchen neigen und sich weniger Erfolge mit den klassischen Therapiekonzepten nachweisen lassen als bei anderen Zwangsarten (Mataix-Cols et al., 2002).

Mit der Aufnahme der *hoarding disorder* in die 2013 erschienene DSM-5-Klassifikation wurde eine neue Möglichkeit der diagnostischen Einordnung von zwanghaftem Sammeln geschaffen. Es wird ein Krankheitsbild beschrieben, bei dem die Betroffenen Schwierigkeiten haben Dinge unabhängig ihres tatsächlichen Wertes zu entsorgen. Sie zeigen deutliche Stressreaktionen beim Entsorgen solcher Dinge und mit der Zeit wird durch das Anhäufen von Gegenständen zunehmend der Lebensbereich zugemüllt. Als Folge sind die Betroffenen in ihren sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen eingeschränkt. Wie bei anderen Erkrankungen auch, darf diese Störung nicht auf andere somatische Befunde oder psychische Störungen, wie zum Beispiel geringer Antrieb und somit Verwahrlosung bei schwerer Depression, zurückzuführen sein (American Psychiatric Association, 2013, Zaudig, 2015a).

1.1.1.6 Therapie der Zwangsstörung

Die Forschung zur Therapie der Zwangsstörung beschränkt sich vor allem auf kognitive und verhaltenstherapeutische Verfahren. Im Gegensatz zu anderen psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen und Angststörungen gibt es für die Zwangsstörung keine randomisierten und kontrollierten Studien zu psychodynamischen oder anderen psychotherapeutischen Therapieansätzen (Kordon et al., 2013). Die für die Therapie einer Zwangsstörung am besten

untersuchten Therapiemethoden sind zum einen psychotherapeutische Ansätze wie die Verhaltenstherapie (VT) mit Exposition und Reaktionsverhinderung, die kognitive Therapie und die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), zum anderen auch psychopharmakologische Therapien mit zum Beispiel Serotoninwiederaufnahmehemmern (Kordon et al., 2013). Die Therapie der ersten Wahl für die Zwangsstörung ist KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement (Kordon et al., 2013, Storch et al., 2010b, Franklin und Foa, 2011), nach den 2013 erschienenen S3-Leitlinien wird dieser Ansatz in Deutschland zur Behandlung der Zwangsstörung stark empfohlen (Empfehlungsgrad A) (Kordon et al., 2013). Auch als wirksam hat sich die Therapie mit Serotoninwiederaufnahmehemmern erwiesen (Romano et al., 2001), je nach Studie nur mit teilweisem Effekt (Franklin und Foa, 2011) oder gleichwertig zur Psychotherapie (Garcia et al., 2010). Auch die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde empfiehlt in den S3-Leitlinien zur Behandlung der Zwangsstörung bei vorhandener Indikation die Behandlung mit Serotoninwiederaufnahmehemmern. Die rein pharmakologische Therapie schwankt in ihrer Wirksamkeit stark zwischen verschiedenen Patientenkollektiven, je nach Ausprägung der Zwänge (Mataix-Cols et al., 1999). Die Anwendung der Exposition mit Reaktionsverhinderung als Therapie hat das Therapieoutcome von Zwangspatienten deutlich verbessert (Abramowitz, 2006). Daher sollte diese psychopharmakologische Therapie mit einer KVT mit Expositionen und Reaktionsmanagement kombiniert werden (Empfehlungsgrad A) (Kordon et al., 2013). Komplett asymptomatisch sind aber laut Fisher und Wells (2005) unabhängig von der Art der Therapieform nur zwischen 21% und 25% der Behandelten. Trotz weitgehender Forschung in diesem Bereich misslingt eine Therapie immer noch in vielen Fällen, laut Bjorgvinsson et al. (2007) sogar in 25% der Fälle nach Ausschöpfen aller Therapieoptionen. Der Therapieerfolg von Zwangspatienten ist stark davon abhängig, welche und wie viele komorbide Erkrankungen vorliegen (Abramowitz, 2004). Außerdem ist eine Verhaltenstherapie erfolgreicher, wenn eine gute Symptomeinsicht und eine möglichst kurze Krankheitsanamnese besteht, vor allem entstehen dann anhaltendere Therapieerfolge (Garcia et al., 2010). Eine individuellere Auslegung der Therapie je nach Form der Zwangssymptomatik und den individuellen Ängsten und dysfunktionalen Gedanken scheint sinnvoll (Doron und Moulding, 2009, Mataix-Cols

et al., 1999, Starcevic und Brakoulias, 2008). Vorgeschlagene Zusatzoptionen bei Misslingen einer Pharmakotherapie mit Serotoninwiederaufnahmehemmern ist die antipsychotische Augmentation (Bloch et al., 2006), deren Anwendung und Wirksamkeit allerdings noch umstritten ist (Matsunaga et al., 2009). Umstritten ist auch die Anwendung von transkranieller Magnetstimulation, es ist noch unklar, ob diese tatsächlich eine Verbesserung der Zwangssymptome bewirkt (Ruffini et al., 2009) oder ihre Effekte vor allem auf dem Placeboeffekt und dessen antidepressiver Wirkung beruhen (Sachdev et al., 2007). Daher wird in den aktuellen S3-Leitlinien für Deutschland wegen fehlender Wirksamkeit davon abgeraten zur Behandlung von therapierefraktären Zwangsstörungen die transkranielle Magnetstimulation anzuwenden (Kordon et al., 2013). Eine weitere Methode zur Behandlung von therapieresistenten Zwangsstörungen, die aktuell erforscht wird, ist die tiefe Hirnstimulation von Nucleus accumbens und der vorderen Capsula interna. Dies stellt aber nur eine Methode der letzten Wahl nach Ausschöpfen aller anderen Therapieoptionen dar (Kordon et al., 2013).

1.1.2 Grundlagen der anankastischen Persönlichkeitsstörung

1.1.2.1 Geschichte der anankastischen Persönlichkeitsstörung

Das von Janet, 1903 beschriebene Persönlichkeitsbild bestehend aus Perfektionismus, Unentschlossenheit, Zweifel und Unvollständigkeitserleben ähnelte bereits dem was heute als anankastische Persönlichkeitsstörung benannt wird. Janet sieht in diesen sogenannten „psychasthenischen Stigmata“ ein charakteristisches Vorläuferstadium der Zwangsstörung (Zaudig et al., 2002, Janet, 1903). Freud beschrieb ein paar Jahre später (1908) in seiner grundlegenden Arbeit „Charakter und Analerotik“ die „anale Triade“ aus Ordnungsliebe, Sparsamkeit und Eigensinn als typische Charakteristika des Zwangscharakters – Merkmale, welche auch heute noch die anankastische Persönlichkeitsstörung beschreiben. Für Freud gehörten zum Zwangscharakter des Weiteren der Hang zu Perfektion, die Ordentlichkeit, sowohl körperliche Sauberkeit als auch Gewissenhaftigkeit und die Neigung zum Aufschieben und Zögern. Außerdem zeigt der Zwangscharakter skrupulöse Züge und eine Tendenz zur strengen Moralität und Religiosität, Rigidität, geistige Enge und Sparsamkeit bis hin zu Geiz - allgemein ein stark gehemmter und unflexibler Charakter in vielen Bereichen (Freud, 1941).

Die Begriffe anankastische Persönlichkeitsstörung und zwanghafte Persönlichkeitsstörung können synonym gebraucht werden (Dilling, 2010). Um Verwirrung zu vermeiden, wird in dieser Arbeit aber vorzugsweise der Begriff „anankastische Persönlichkeitsstörung“ verwendet.

1.1.2.2 Klinisches Bild der anankastischen Persönlichkeitsstörung

Ein von einer anankastischen Persönlichkeitsstörung Betroffener präsentiert sich klinisch nach Millon (1996) als Mensch, der steif wirkt, „korrekt“ in Auftreten und Sprache und seine Emotionen stark kontrolliert. Emotionaler Kontrollverlust und Spontaneität wird von diesen Menschen als Zeichen von „Unreife“ gesehen. Der Zugang zu eigenen Wünschen, Motiven und Bedürfnissen fehlt ihnen und eigene Schwächen, Defizite und Widersprüche werden ignoriert (Millon, 1996). Zwischenmenschliche Beziehungen gestaltet ein Mensch mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung nach eigenen Regeln mit dem Anspruch, dass diese korrekt seien, und lebt orientiert an Norm- und Moralvorstellungen (Millon, 1996). Bei Verletzungen dieser Normvorstellungen reagieren die Betroffenen bestrafend und

ärgerlich, sie sehen diese Regeln als allgemeingültig an (Millon, 1996). Sie haben einen sehr ausgeprägten Respekt vor Autoritäten und Status, es gibt für sie eine ausgeprägte soziale Hierarchie (Millon, 1996, Sachse, 2004). Autoritäten haben in der Welt eines von einer anankastischen Persönlichkeitsstörung Betroffenen immer recht und vorgegebene Regeln sind nicht hinterfragbar. Ein solcher Mensch sieht sich selbst als denjenigen, der die korrekte Einstellung aufweist, der perfekt und den anderen moralisch überlegen ist (Sachse, 2004). Auf eine Kritik der hohen Norm- und Moralvorstellungen reagieren die Betroffenen sehr stark, was die therapeutische Arbeit mit ihnen schwierig gestaltet (Sachse, 2004). Der hohe Anspruch Dinge „perfekt“ zu tun, zerstört jede Fähigkeit frei zu handeln und freie Entscheidungen zu treffen, da dieses Maß an Perfektion nie erreicht werden kann (Oldham, 2010). Arbeit ist für diese Menschen der Schlüsselbereich, das höchste Gut, allerdings führt der hohe Perfektionsanspruch langfristig dazu, dass gerade dieser Bereich sie am stärksten beeinträchtigt, da sich der Perfektionismus dort am destruktivsten auswirkt (Oldham, 2010). Oldham (2010) beschreibt diese „Tyrannei des Sollens“ als von Pflichtbewusstsein und Perfektionismus getriebene Lebenseinstellung, begleitet von quälenden Sorgen und Versagensängsten, eine Kombination, die zu einem extrem hohen Maß an dauerhaftem Stress führt.

1.1.2.3 Prävalenz der anankastischen Persönlichkeitsstörung

Die Angaben zur Prävalenz der anankastischen Persönlichkeitsstörung schwanken stark. Eine auf Grundlage der DSM-IV-TR-Kriterien durch Grant et al. (2012) in der amerikanischen Bevölkerung durchgeführte Studie zeigte eine Prävalenz von 7,9%, laut einigen Autoren ist die anankastische Persönlichkeitsstörung die in der Population häufigste Persönlichkeitsstörung (Grant et al., 2012, Torgersen, 2009, Starcevic und Brakoulias, 2014). Andere Autoren finden für die anankastische Persönlichkeitsstörung eine Prävalenz von 2,0% (Torgersen et al., 2001) bis 2,4% (Lenzenweger et al., 2007), in Klinikpopulationen kann eine Lebenszeitprävalenz von 3-10% gefunden werden (Zaudig, 2011a). Doch obwohl diese Persönlichkeitsstörung so häufig auftritt, wird sie immer noch seltener als andere psychische Erkrankungen erkannt (Koutoufa I. und Furnham, 2014).

In der 2013 von der American Psychiatric Association herausgegebenen fünften Auflage der DSM-Klassifikation wird zusammenfassend eine Prävalenz von 2,1%-

7,9% angegeben und somit ist die anankastische Persönlichkeitsstörung die am häufigsten in der Allgemeinbevölkerung auftretende Persönlichkeitsstörung (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3 Komorbidität anankastische Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung und Herausforderungen der Differenzierung

Wenn bei einer Person in einem definierten Zeitintervall mehr als eine spezifisch diagnostizierbare psychische Störung auftritt, wird von Komorbidität gesprochen. Die Einschätzung der Komorbidität ist abhängig von dem jeweils benutzten Klassifikationssystem und vor allem auch davon, ob die Diagnosen rein klinisch oder mittels standardisierter Interviews gestellt werden. Die jeweilige Erfassungsmethode kann große Auswirkungen auf die gestellten Komorbiditätsraten haben. Durch die klinische Diagnosestellung werden Komorbiditätsraten häufig unterschätzt, da verstärkt der aktuelle Querschnitt eine Rolle spielt und intuitiv hierarchischen Prinzipien gefolgt wird (Ruppert et al., 2007). Eine Diagnoseerfassung durch standardisierte oder strukturierte Interviews hat hingegen eher eine Überschätzung der Komorbidität zur Folge, da auch klinisch nicht relevante Diagnosen gestellt werden (Ruppert et al., 2007, Zaudig, 2011a).

Die Erklärung für das komorbide Auftreten einer Persönlichkeitsstörung mit einer anderen psychischen Störung liegt laut Millon (1996) darin, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung häufig Stressoren auslösen und eingeschränkte Copingressourcen aufweisen, die zu einer erhöhten Vulnerabilität führen und das Auftreten einer anderen psychischen Störung begünstigen können. Außerdem können manche lang bestehende psychische Störungen durch Adaption Veränderungen der Persönlichkeitseigenschaften nach sich ziehen. Zusätzlich können genetische oder konstitutionelle Komponenten dazu beitragen, dass psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen entstehen und somit ein erhöhtes Risiko an diesen Störungen zu erkranken gegeben ist (Millon, 1996).

Aufgrund der zum Teil ähnlich anmutenden Symptome der Zwangsstörung und der anankastischen Persönlichkeitsstörung beschäftigt die Frage, wie sich die Beziehung dieser beiden Erkrankungen zueinander gestaltet, schon lange die wissenschaftliche Welt. Lange hielt sich die Vermutung, dass Patienten mit einer Zwangsstörung einen sogenannten „zwanghaften Charakter“ aufweisen, wie bereits von Janet als „psychasthenische Stigmata“ mit den Kernmerkmalen Perfektionismus, Unentschlossenheit, Zweifel und Unvollständigkeitserleben im Sinne eines Vorläuferstadiums der Zwangsstörung beschrieben (Summerfeldt et al., 1998).

Voneinander abgrenzen lassen sich die beiden Störungen beispielsweise durch die bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung vorherrschende Ich-Syntonie, im Gegensatz zur Ich-Dystonie bei der Zwangsstörung. Außerdem stehen bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung keine Intrusionen im Vordergrund und es erfolgt keine Vermeidung von Anspannung hervorrufenden Situationen und Umständen. Die anankastische Persönlichkeitsstörung ist im Gegensatz zur Zwangsstörung vielmehr ein stabiles Muster als ein klar abgrenzbarer episodischer Zustand wie bei der Zwangsstörung (Kordon et al., 2013).

1.2 Klassifikationssysteme

1.2.1 ICD 10

ICD bezeichnet die International Classification of Diseases, ICD-10 ist zehnte Überarbeitung dieses Diagnostikmanuals. Die Klassifikationen der psychiatrischen Erkrankungen und die Verhaltensstörungen befinden sich im Kapitel V (F) des ICD-10. Im Jahr 1980 erschien die erste deutsche Übersetzung des ICD-9, herausgegeben von Rudolf Degkwitz (Degkwitz, 1980). Seitdem wird in der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum größtenteils die ICD-Klassifikation benutzt. Nach einigen Revisionen und Korrekturen der ICD-9-Klassifikation wurde im Jahr 1993 die ICD-10-Klassifikation durch die WHO in ihren Mitgliedsländern eingeführt (Dilling, 2010). Die in dieser Arbeit aufgeführten Diagnosekriterien entstammen der 2010 von der WHO herausgegebenen siebten Auflage der ICD-10-Klassifikation. Im Vergleich zur ersten Auflage sind in der siebten Auflage einige stilistische Veränderungen durch die WHO vorgenommen und einige Vorschläge der ICD-10-GM Version 2004/2005 übernommen worden (Dilling, 2010).

Die ICD-Klassifikation ist ein durch umfangreiche Forschung durch die WHO erstelltes Werk für eine einheitliche Klassifikation von Erkrankungen. Die klinischen Beschreibungen und Instrumente werden in klinischen Studien erarbeitet und regelmäßig überprüft (Dilling, 2010). Ziel der ICD-10-Klassifikation ist es, eine deskriptive und sich an diagnostischen Kriterien orientierende Klassifikation zu schaffen. Es wird dem Komorbiditätsprinzip gefolgt und somit werden alle für die Beschreibung des gesamten Krankheitsbildes notwendigen Diagnosen vergeben. (Dilling, 2010)

1.2.1.1 Klassifikation der Zwangsstörung im ICD 10

In der ICD-10-Klassifikation ist die Zwangsstörung im Kapitel F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Dilling, 2010) zu finden. Die Zwangsstörung wird in der ICD-10-Klassifikation wie folgt definiert.

F 42 Zwangsstörung**Diagnostische Leitlinien:**

Für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens 2 Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder -handlungen oder beides nachweisbar sein; sie müssen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören. Die Zwangssymptome müssen folgende Merkmale aufweisen:

- (1) Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein.
- (2) Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muss noch, wenn auch erfolglos Widerstand geleistet werden, selbst wenn sich der Patient gegen andere nicht länger wehrt.
- (3) Der Gedanke oder die Handlungsausführung dürfen nicht an sich angenehm sein (einfache Erleichterung von Spannung und Angst wird nicht als angenehm in diesem Sinn betrachtet).
- (4) Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen.

(Dilling, 2010)

Abbildung 1: ICD-10: F 42 Zwangsstörung

Die Diagnosekriterien der ICD-10-Klassifikation definieren die Zwangsstörung also als eine Störung, die die normalen Aktivitäten beeinträchtigt oder zumindest ein subjektives Gefühl des Leidens hervorruft. Zwangssymptome sind definiert als für Gedanken oder Impulse, die für den Patienten nicht als von außen eingegeben sondern als eigene Gedanken und Impulse erlebt werden, und der Patient muss noch gegen mindestens einen Gedanken oder eine Handlung versuchen anzugehen. Die Zwangssymptome an sich dürfen nicht als angenehm erlebt werden und sie wiederholen sich in stereotyper Weise, so dass sie für den Patienten als Belastung erlebt werden und er die Sinnlosigkeit dieser Gedanken oder Handlungen erkennt (Dilling, 2010).

Als Untergliederung der Zwangsstörung gibt die ICD-10-Klassifikation folgende Möglichkeiten (Dilling, 2010) :

- Die Diagnose F42.0 wird verschlüsselt, wenn vor allem Zwangsgedanken oder Grübelzwang vorliegen. Diese äußern sich als Impulse, bildhafte Vorstellungen oder Gedanken, die sich aufdrängen und einen quälenden Charakter haben. Grübelzwang beeinträchtigt die Betroffenen oft so stark,

dass keine alltäglichen Entscheidungen mehr gefällt werden können, da ständig alle möglichen Alternativen betrachtet werden.

- Die Codierung F42.1 wird vergeben, wenn vorwiegend Zwangshandlungen bzw. –rituale vorliegen. Diese beziehen sich in den meisten Fällen auf überzogene Sauberkeit, Ordnung oder wiederholte Kontrollen und haben als Ursache eine starke Furcht, dass die betroffene Person selbst starken Schaden anrichten könnte.
- Wenn beide Symptome, also Zwangsgedanken und -handlungen gleichwertig vorliegen, wird die Diagnose „F42.2 Zwangsgedanken und –handlungen, gemischt“ vergeben

1.2.1.2 Klassifikation der anankastischen Persönlichkeitsstörung im ICD 10

Die Diagnosekriterien zur anankastischen Persönlichkeitsstörung finden sich im Kapitel F 60 spezifische Persönlichkeitsstörungen (Dilling, 2010).

Im Vorfeld wird darauf hingewiesen, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren zu stellen ist. Des Weiteren wird erläutert, was grundsätzlich unter einer Persönlichkeitsstörung zu verstehen ist.

F 60 Persönlichkeitsstörungen

Diagnostische Leitlinien:

Die Zustandsbilder sind nicht auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

- (1) Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in Beziehungen zu anderen.
- (2) Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
- (3) Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- (4) Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- (5) Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
- (6) Die Störung ist meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

(Dilling, 2010)

Abbildung 2: ICD-10: F 60 Persönlichkeitsstörungen

Die ICD-10-Klassifikation definiert eine Persönlichkeitsstörung als ein Zustandsbild, das kontinuierlich und nicht veränderbar seit der Adoleszenz besteht und durch das eine erhebliche Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen besteht. Die Beeinträchtigung äußert sich in Bereichen wie der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit, in Beziehungen mit anderen Menschen und in grundsätzlichen Bereichen wie Affektivität und Impulskontrolle. Ein subjektiver Leidensdruck kann sich auch erst im Verlauf der Persönlichkeitsstörung entwickeln (Dilling, 2010).

Nach der Feststellung, ob überhaupt eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, erfolgt die Einordnung in das Spektrum der Persönlichkeitsstörungen. Die Diagnose einer anankastischen bzw. zwanghaften Persönlichkeitsstörung erfolgt dann aufgrund folgender Kriterien:

F 60.5 anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung

- (1) Übermäßiger Zweifel und Vorsicht.
- (2) Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen.
- (3) Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert.
- (4) Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügungen und zwischenmenschlicher Beziehungen.
- (5) Übermäßige Pedanterie und Befolgung von Konventionen.
- (6) Rigidität und Eigensinn.
- (7) Unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren.
- (8) Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse.

(Dilling, 2010)

Abbildung 3: ICD-10: F 60.5 anankastische Persönlichkeitsstörung

Die anankastische Persönlichkeitsstörung zeichnet sich demnach durch eine sehr rigide und strenge Persönlichkeit aus, die zu Gunsten von Perfektionismus und Leistungsbezogenheit Vergnügungen und zwischenmenschliche Beziehungen vernachlässigt. Ein Mensch mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung ist sehr eigensinnig, hat Schwierigkeiten Aufgaben zu delegieren und besteht rigide auf eigenen Konventionen und Gewohnheiten. Zusätzlich können auch unerwünschte Gedanken und Impulse, die sich aufdrängen, bestehen.

1.2.3 DSM

Da die in dieser Arbeit ausgewerteten Daten aus den Jahren 1998-2009 stammen, war zu dieser Zeit noch die DSM-IV-TR-Klassifikation aktuell, dabei handelt es sich um die vierte Version des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Diese erschien in der amerikanischen Originalausgabe im Jahr 1994 und erfuhr im Jahr 2000 eine Textrevision. Im Jahr 2003 wurde die deutsche Version des DSM-IV-TR in Deutschland erstmals verlegt (Sass et al., 2003).

Das Ziel der DSM-Klassifikation ist laut der American Psychiatric Association, die die DSM-Klassifikation herausgibt, die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Diagnosen zu verbessern und daher einheitlichere Diagnosestellungen zu ermöglichen. Dadurch soll auch die Verständigung zwischen Klinikern und Forschern verbessert werden (Sass et al., 2003).

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit liegt zwar bereits die DSM-5-Klassifikation vor, die während der Datenerhebung gültige Version war das DSM-IV-TR-Manual. Daher werden hier die Kriterien der DSM-IV-TR-Klassifikation ausführlich erläutert. Die DSM-5-Klassifikation unterscheidet sich in den Kriterien der Zwangsstörung und der anankastischen Persönlichkeitsstörung nicht von der DSM-IV-TR-Klassifikation.

Die Diagnosestellung in der DSM-Klassifikation basiert auf einem multiaxialen System, in dem Störungen und Krankheitsfaktoren auf verschiedenen Achsen beurteilt werden. In der DSM-IV-TR- bzw. DSM-5-Klassifikation erfolgt dies auf fünf Achsen. Achse I bezeichnet die klinischen Störungen und andere klinisch relevante Probleme, zum Beispiel werden hier Störungen wie die Zwangsstörungen eingeordnet. Auf der Achse II befinden sich Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung, in die Achse III werden medizinische Krankheitsfaktoren eingeordnet, auf der Achse IV psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme und auf der Achse V erfolgt eine globale Beurteilung des Funktionsniveaus (Sass et al., 2003).

1.2.3.1 Klassifikation der Zwangsstörung in der DSM-Klassifikation

300.3 Zwangsstörung

A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen:

Zwangsgedanken wie durch (1), (2), (3) und (4) definiert:

- (1) Wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die zeitweise während der Störung als aufdringlich und unangemessen empfunden werden, und die ausgeprägte Angst oder Unbehagen hervorrufen.
- (2) Die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind nicht nur übertriebene Sorge über reale Lebensprobleme.
- (3) Die Person versucht diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken, oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten zu neutralisieren.
- (4) Die Person erkennt, dass die Zwangsgedanken, -impulse oder -vorstellungen ein Produkt des eigenen Geistes sind (nicht von außen auferlegt wie bei Gedankeneingebung).

Zwangshandlungen wie durch (1) und (2) definiert:

- (1) Wiederholte Verhaltensweisen (z.B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder gedankliche Handlungen (z.B. Beten, Zählen, Wörter leise Wiederholen), zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt.
- (2) Die Verhaltensweisen oder die gedanklichen Handlungen dienen dazu, Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen; diese Verhaltensweisen stehen jedoch in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen, oder sie sind deutlich übertrieben.

B. Zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf der Störung hat die Person erkannt, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind.

C. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliche Belastung, sind zeitaufwendig (benötigen mehr als 1 Stunde pro Tag) oder beeinträchtigen deutlich die normale Tagesroutine der Person, ihre beruflichen (oder schulischen) Funktionen oder die üblichen Aktivitäten und Beziehungen.

D. Falls eine andere Achse 1-Störung vorliegt, so ist der Inhalt der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen nicht auf diese beschränkt [...]

E. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück.

(Sass et al., 2003)

Abbildung 4: DSM-IV-TR: Zwangsstörung

In der DSM-IV-TR- bzw. DSM-5-Klassifikation wird die Zwangsstörung im Kapitel Angststörungen eingeordnet, es ist keine Untergruppierung für Patienten mit jeweils vorwiegend Zwangshandlungen oder -gedanken möglich (Sass et al., 2003).

Die Definition der Zwangsgedanken beschreibt diese als sich dem Betroffenen aufdrängende Gedanken oder Impulse, die als unangenehm empfunden und als eigene Gedanken erkannt werden. Die Sinnlosigkeit dieser Gedanken oder Impulse wird erkannt und es wird versucht dagegen Widerstand zu leisten. Zwangshandlungen werden definiert als Verhaltensweisen oder gedankliche Handlungen, die unangemessen oder übertrieben sind und zur Spannungsreduktion dienen. Wichtig ist für die Diagnose einer Zwangsstörung, dass die Zwangsgedanken oder -handlungen durch die Betroffenen als unangemessen oder übertrieben erkannt werden und eine Beeinträchtigung des Alltags und des psychischen Zustands der Betroffenen zur Folge haben. Bei Vorliegen einer anderen Achse-I-Erkrankung (wie zum Beispiel zwanghaftes Nachdenken über Körpergewicht im Rahmen einer Essstörung) oder einer Substanzwirkung sind die in diesem Zusammenhang auftretenden Zwangsgedanken oder -handlungen nicht als Folge dieser zu sehen. Das Zeitkriterium besteht in der Definition, dass die Symptome mehr als eine Stunde pro Tag auftreten (Sass et al., 2003).

Wenn die betroffene Person während der aktuellen Episode zu einem Großteil der Zeit nicht einsichtsfähig ist und die Unsinnigkeit der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen nicht erkennt, kann die Untergruppe „mit wenig Einsicht“ diagnostiziert werden (Sass et al., 2003, Zaudig, 2015b).

1.2.3.2 Klassifikation der anankastischen Persönlichkeitsstörung in der DSM-Klassifikation

Im DSM-IV-TR bzw. DSM-5 werden die Persönlichkeitsstörungen auf Achse II kodiert und es erfolgt eine Unterteilung in 3 Gruppen von Persönlichkeitsstörungen, in Cluster A bis C. Die anankastische Persönlichkeitsstörung zählt zusammen mit der abhängigen und selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung zu Cluster C (Sass et al., 2003).

Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung
<p>A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren), (2) Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen) (3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, (4) Impulskontrolle.
<p>B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.</p>
<p>C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p>
<p>D. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.</p>
<p>E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.</p>
<p>F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.</p> <p style="text-align: right;">(Sass et al., 2003)</p>

Abbildung 5: DSM-IV: Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung

Die Definition einer Persönlichkeitsstörung setzt also voraus, dass die betroffene Person ein deutlich von der Umgebung abweichendes Muster aufweist, was die Kognition, die Affektivität, zwischenmenschliche Beziehungen und die Impulskontrolle betrifft. Dieses Muster ist nicht veränderbar und dauert seit der Adoleszenz unverändert an. Es ist nicht Folge einer anderen psychischen Störung oder von Substanzgebrauch und führt zu einer Beeinträchtigung in bestimmten Bereichen oder auch zu subjektiv empfundenem Leiden (Sass et al., 2003).

301.4 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen zutreffen:

- (1) beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so dass der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verlorengeht,
- (2) zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert (z.B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden),
- (3) verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluss von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen),
- (4) ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen von Moral, Ethik und Werten (nicht auf kulturelle und religiöse Orientierung zurückzuführen),
- (5) ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuerwerfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen,
- (6) delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen,
- (7) ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muss im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden,
- (8) zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit.

(Sass et al., 2003)

Abbildung 6: DSM-IV: Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Die Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung ist zu stellen, wenn die betroffene Person sich in ihrer Persönlichkeit deutlich unflexibel und perfektionistisch zeigt. Sie folgt strengen Regeln und Plänen und verschreibt sich ganz der Arbeit auf Kosten von Spontaneität und zwischenmenschlichen Beziehungen. Der deutlich ausgeprägte Perfektionismus erschwert die Fertigstellung von Aufgaben und ermöglicht nur sehr schwer die Delegation von Aufgaben an Andere. Insgesamt zeigen sich Betroffene sehr rigide und stur, sind geizig mit sich und mit Anderen. Ein einzeln hervorgehobener Punkt ist auch die Unfähigkeit der Betroffenen, alte oder verschlissene Dinge wegzuerwerfen (Sass et al., 2003).

1.2.4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Klassifikationen zwischen ICD 10 und DSM-IV-TR bzw. DSM-5

1.2.4.1 Zwangsstörung

In Deutschland erfolgt die Verschlüsselung der Diagnosen nach der ICD-10-Klassifikation. In einigen anderen Ländern und somit auch in einigen der folgenden untersuchten Studien ist allerdings die DSM-Klassifikation gängig. Diese beiden Klassifikationssysteme ähneln sich zwar, weisen aber auch einige Unterschiede auf.

In der ICD-10-Klassifikation ist die Zwangsstörung in der Kategorie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ eingeordnet, in der DSM-Klassifikation ist die Zwangsstörung eine Unterkategorie der Angststörungen. Dies zeigt eine grundlegend verschiedene Herangehensweise an die Diagnostik der Zwangsstörung.

Einer der Unterschiede zwischen diesen beiden Klassifikationen der Zwangsstörung liegt in dem Zeitkriterium. In der ICD-10-Klassifikation stellt das Zeitkriterium das Vorliegen von Zwangssymptomen „an wenigstens 2 Wochen an den meisten Tagen“ dar (Dilling, 2010) und in der DSM-IV-TR- bzw. DSM-5-Klassifikation „>1 Stunde am Tag“ (Sass et al., 2003, Zaudig, 2015b) ohne eine Einordnung wie lange insgesamt die Symptome vorliegen sollen.

In der DSM-IV-TR- bzw. DSM-5-Klassifikation wird ausführlicher und spezifischer definiert, was ein Zwangsgedanke und eine Zwangshandlung ist (Sass et al., 2003, Zaudig, 2015b). In beiden Klassifikationen sind Zwangssymptome definiert als Symptome, deren Ausübung als unsinnig oder übertrieben erkannt und gegen zumindest ein Symptom Widerstand geleistet wird. Im ICD-10 wird die Zwangsstörung anhand der vorliegenden Art der Zwangssymptome klassifiziert (Dilling, 2010), im DSM-IV-TR und DSM-5 gibt es nur eine Untergruppe „mit wenig Einsicht“ und es ist aus der Codierung nicht ersichtlich, welche Zwangssymptome, ob Gedanken- oder Handlungszwänge, vorherrschen (Sass et al., 2003, Zaudig, 2015b).

Im klinischen Alltag der Psychosomatischen Klinik Windach wird als Diagnoseschlüssel die ICD-10 Klassifikation verwendet, daher ist aus den Diagnoseziffern ersichtlich, ob es sich um eine Zwangsstörung rein mit Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder eine gemischte Form handelt. Die Bewertung ob es sich überhaupt um Zwangssymptome und im Weiteren um

Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken handelt, erfolgt auf Grundlage der Symptombeschreibungen der ICD-10-Klassifikation. Auch als Zeitkriterium wird hier der Richtwert der ICD-10-Klassifikation verwendet.

Grundlegend besteht in beiden Klassifikationen aber eine sehr ähnliche Auffassung des Krankheitsbildes der Zwangsstörung, das klinische Bild, bei dem die Diagnose einer Zwangsstörung gestellt wird, ist das gleiche.

1.2.4.2 Anankastische Persönlichkeitsstörung

	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV-TR	DSM-5	ICD-10
Detailverliebtheit	+	+	+	+	+
Perfektionismus	+	+	+	+	+
Arbeitsfixiertheit	+	+	+	+	+
Skrupulös/gewissenhaft	+	+	+	+	+
kann nichts wegwerfen	+	+	+	+	-
Unfähigkeit zu delegieren	-	+	+	+	-
Mangel an Großzügigkeit	+	+	+	+	-
Rigidität	+	+	+	+	+
entschlusslos	+	-	-	-	-
zeigt wenig Gefühle	+	-	-	-	-
übermäßiger Zweifel	-	-	-	-	+
übermäßige Pedanterie	-	-	-	-	+
Beharren auf eigenen Gedanken	-	-	-	-	+
Zahl der Kriterien, die zur Diagnosestellung vorhanden sein müssen	5 von 9 (56%)	4 von 8 (50%)	4 von 8 (50%)	4 von 8 (50%)	3 von 8 (37,5%)

Tabelle 1: Diagnosekriterien der APS (=anankastische Persönlichkeitsstörung) in verschiedenen Diagnostikmanualen

Die heterogene Beschreibung der Diagnose „anankastische/zwanghafte Persönlichkeitsstörung,“ in der DSM- und ICD-Klassifikation resultiert aus den

unterschiedlichen historischen Einflüssen. Die Beschreibung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung in der DSM-Klassifikation ist mehr von Freud und der „analen Triade“ aus Ordnungsliebe, Sparsamkeit und Eigensinn beeinflusst, die Diagnose in der ICD-Klassifikation eher von Janet und den „psychasthenischen Stigmata“ Perfektionismus, Zweifel und Unvollständigkeit (Zaudig, 2011a).

Beide Klassifikationen heben hervor, dass der Beginn des überdauernden Musters schon in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter liegen muss, und die beurteilten Persönlichkeitszüge nicht Folge einer anderen Erkrankung sein dürfen, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen. Eine Persönlichkeitsstörung ist definiert als eine Störung, die zu Einschränkungen in Funktionsbereichen wie Affekt, Antrieb, Impulskontrolle und vor allem in der sozialen Interaktion führt. Das Verhalten ist in den Grundzügen andauernd, führt zu Leidensdruck und schränkt den Betroffenen meist deutlich in seiner Leistungsfähigkeit hinsichtlich Beruf und Sozialkontakten ein (Dilling, 2010, Sass et al., 2003, Sass, 2015).

In der DSM-IV-TR- bzw. DSM-5-Klassifikation erfolgt eine Unterteilung der Persönlichkeitsstörung in die Cluster A-C, die anankastische Persönlichkeitsstörung befindet sich in der Gruppe Cluster C zusammen mit der selbstunsicheren und der abhängigen Persönlichkeitsstörung (Sass et al., 2003, Sass, 2015). In der ICD-10-Klassifikation gibt es diese Unterteilung nicht.

Beiden Klassifikationen gemein ist die Beschreibung der von einer anankastischen Persönlichkeitsstörung Betroffenen als Menschen, deren Alltag und Aktivitäten stark von Details, Regeln, Listen und Plänen bestimmt werden. Sie weisen einen Perfektionismus auf, der sie darin behindert Dinge zu Ende zu bringen. Diese mangelnde Flexibilität und starke Leistungsbezogenheit geht auf Kosten von Vergnügungen und zwischenmenschlichen Beziehungen. Ihre allgemeinen Einstellungen und ihr Verhalten sind übermäßig rigide und gewissenhaft, sie folgen strengen Konventionen. Bei Zusammenarbeit mit anderen Menschen sind sie äußerst unflexibel und es mangelt an der Fähigkeit Aufgaben zu delegieren (Sass et al., 2003, Sass, 2015, Dilling, 2010).

Die einzelnen Kriterien von DSM-IV-TR bzw. DSM-5 und ICD-10 stimmen in 5 von jeweils 8 Kriterien überein (62,5%). In der DSM-IV-TR- bzw. DSM-5-Klassifikation

wird zusätzlich das Symptom beschrieben, dass Betroffene nicht in der Lage sind sich von verschlissenen oder wertlosen Dingen zu trennen. Zudem sind sie geizig im Umgang mit Geld, horten Geld für eventuelle finanzielle Katastrophen und sind nicht in der Lage zu delegieren (Sass et al., 2003, Sass, 2015). In der ICD-10-Klassifikation hingegen finden sich die Symptome der übermäßigen Pedanterie, des Zweifels und des Beharrens auf eigenen Gedanken. Das Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse als Kriterium hingegen wird ebenfalls nur in der ICD-10-Klassifikation beschrieben (Dilling, 2010).

1.2.4.3 Komorbidität: Herausforderungen, die sich aus den Diagnosekriterien ergeben

Bei den Symptomen der anankastischen Persönlichkeitsstörung handelt es sich um überdauernde, ich-syntone und pathologisch zugespitzte Persönlichkeitszüge, nicht um die als ich-dyston empfundene, sehr belastende und einnehmende Zwangssymptomatik. Somit kann die anankastische Persönlichkeitsstörung von der Zwangsstörung durch Vorliegen einer ich-syntonen Symptomatik abgegrenzt werden. Die Unterscheidung anhand dieses Kriteriums gestaltet sich allerdings schwierig, wenn der Subtyp des DSM-IV-TR bzw. DSM-5 „mit wenig Einsicht“ vorliegt, da sich bei dieser Form der Betroffene nicht vollständig von den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen distanzieren kann. Außerdem finden sich bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung per se keine Zwangsgedanken und Zwangshandlungen und es tritt kein Vermeidungsverhalten wie bei der Zwangsstörung auf. Die zwanghaften Züge bei der Persönlichkeitsstörung stellen ein umfassendes Persönlichkeitsprofil dar, bei der Zwangsstörung lässt sich die Symptomatik eindeutig als von der Persönlichkeit unabhängiges Verhalten erkennen.

Eine besondere Fragestellung ergibt sich bei Vorliegen von zwanghaftem Sammeln. Die DSM-IV-TR- bzw. DSM-5-Klassifikation beschreibt das Kriterium „5. ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuworfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen“ (Sass et al., 2003, Sass, 2015) in den Diagnosekriterien der anankastischen Persönlichkeitsstörung. Ist also ein Krankheitsbild mit zwanghaftem Sammeln automatisch unter einer anankastischen Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren? Im DSM-IV-TR bzw. DSM-5 überlappen sich die Kriterien der anankastischen Persönlichkeitsstörung wie Perfektionismus,

Sammeln/Horten und übermäßige Beschäftigung mit Details mit den Kriterien des DSM-IV-TR für die Zwangsstörung (Eisen et al., 2006). Somit kann sich eine Differenzierung der beiden Störungen bei Vorliegen dieser Symptome, vor allem wenn das Symptom der Unfähigkeit Dinge wegzuerwerfen vorliegt, schwierig gestalten.

In der klinischen Praxis wird die Unterscheidung zwischen dem Vorliegen der anankastischen Persönlichkeitsstörung und der Zwangsstörung anhand der Fragestellung getroffen, ob die Persönlichkeit unabhängig von dem Vorliegen einer Zwangsstörung so stark in die Richtung einer überdauernden und in mehreren Ebenen beeinträchtigenden Persönlichkeitsstruktur verändert ist, dass man von einer Persönlichkeitsstörung sprechen kann. Das heißt, die Symptome liegen nicht nur vor, sondern erfüllen auch die Umstände, dass sie bereits seit der Adoleszenz vorliegen und unveränderlich und konstant in der Persönlichkeit verankert sind. Es ist also auch ein gewisses Maß an Beeinträchtigung durch die Symptomatik notwendig. Wenn zusätzlich zu dieser Persönlichkeitsstruktur auch noch unabhängig davon Zwangsgedanken oder -handlungen auftreten, wird eine Komorbidität der Zwangsstörung und der anankastischen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Hierfür ist eine individuelle klinische Einschätzung der Beeinträchtigung und der Persönlichkeitsstruktur notwendig. Demzufolge fallen die Komorbiditätsraten der klinisch gestellten Diagnosen niedriger aus als die Zahlen, die in Studien gefunden werden, die anhand standardisierter Interviews durchgeführt werden (Ruppert et al., 2007), da in diesen schon bei Durchführung der Interviews der Fokus auf der Suche nach bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen liegt. In einer klinischen Einschätzung werden vor allem relevante und beeinträchtigende Strukturen als problematisch erkannt.

1.3 Diagnostik und Psychometrie

1.3.1 Zwangsstörung

1.3.1.1 Diagnostik

Im klinischen Kontakt wird zunächst primär ein Anamnesegegespräch durchgeführt, in dem bereits erste Hinweise für das Vorliegen einer Zwangsstörung erfragt werden. Dies kann aus den geschilderten Beschwerden hervorgehen, aber auch bei der Erstellung des psychopathologischen Befundes erkannt werden. Im Rahmen dessen werden bereits die Diagnosekriterien der ICD- bzw. DSM-Klassifikation abgefragt und gezielt nach Zwangshandlungen, sich aufdrängenden Gedanken und Ritualen gefragt. Um die Reliabilität der Diagnostik zu erhöhen empfehlen die S3-Leitlinien das Abfragen einer Diagnose-Checkliste für ICD-10 (Kordon et al., 2013). Wenn es der Rahmen erlaubt, sollte auch ein strukturiertes oder standardisiertes Interview zur Überprüfung einer ICD-10 Diagnose durchgeführt werden (Kordon et al., 2013). Somit ist eine zuverlässige Erfassung aller komorbiden Diagnosen garantiert. Im deutschsprachigen Raum gibt es aktuell keine zuverlässigen Screeninginstrumente für Zwangsstörungen, möglicherweise könnte sich aber das Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen, bestehend aus fünf Screening-Fragen, dafür anbieten (Kordon et al., 2013).

Im klinischen Alltag werden meist Konsensus-Diagnosen gestellt, hierfür werden die Hinweise und Informationen aus den Anamnesegegesprächen und den klinischen Interviews herangezogen, zusätzlich Checklisten und Testungen durchgeführt und dann in einem multidisziplinären Team über die Diagnosestellung beraten.

1.3.1.2 Psychometrie

1.3.1.2.1 YBOCS

Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) ist eine Skala zur Erfassung der Schwere der Zwangsstörung. Sie ist das Messinstrument, das international anerkannt ist um den klinischen Schweregrad der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen zu erfassen (Zaudig, 2011a).

Die Erfassung von YBOCS-Werten der Schweregradskala und der Symptomliste erfolgt primär im Fremdratingverfahren. Es kann aber auch durch die Patienten selbst

durchgeführt werden, wenn diese die einzelnen Items verstanden haben, um die Abhängigkeit des Ergebnisses von der klinischen Erfahrung des Untersuchers zu mindern (Zaudig et al., 2002, Zaudig, 2011a) . Es erlaubt keine Diagnosestellung, sondern nur die Feststellung des Schweregrades der Zwangsstörung, die Einordnung der Symptomatologie und eignet sich gut zur Verlaufsmessung (Zaudig, 2011a).

Sowohl die YBOCS-Schweregradskala als auch die Symptom-Checkliste werden in den aktuellen S3-Leitlinien zur Zwangsstörung als „Goldstandard“ der Diagnostik bezeichnet (Kordon et al., 2013).

1.3.1.2.2 YBOCS-Schweregradskala

Der Fragebogen zur Erfassung des Schweregrads der Zwangserkrankung besteht aus insgesamt 10 Aussagen zu Zwangssymptomen, die je nach Ausprägung jeweils von 0 bis 4 bewertet werden (Goodman et al., 1989b, Zaudig et al., 2002), siehe Abbildung 10 im Anhang.

Der Aufbau der Messung des Schweregrads gliedert sich wie folgt. Der 1989 durch Goodman et al. eingeführte Fragebogen ist unterteilt in „Compulsions“ und „Obsessions“, in etwa gleichbedeutend mit Zwangshandlungen und Zwangsgedanken, zu denen es jeweils Aussagen gibt. In beiden Kategorien wird anhand von 5 Dimensionen bewertet, wie schwerwiegend die Zwangsstörung zum erfassten Zeitpunkt ist und in der vorhergegangenen Woche war. Jeder Unterpunkt kann mit 0 Punkten (keine Symptome) bis 4 Punkte (schwerste Symptome) bewertet werden. Die Werte werden im klinischen Interview durch den Fremdbeurteiler, also durch die Therapeuten, erhoben. Sowohl für Zwangsgedanken als auch für Zwangshandlungen jeweils maximal 20 Punkte erreicht werden, das Gesamtergebnis kann demnach maximal 40 Punkte ergeben. Dadurch kann der Schweregrad der Zwangsstörung objektiviert werden und ein Score zwischen 0 und 40 Punkten, der unabhängig von der Form der Zwänge ist, wird erfasst. Durch diese Erfassung kann der Verlauf einer Zwangsstörung hinsichtlich des Schweregrads beurteilt werden und ein Eindruck über den Schweregrad der Zwangsstörung gewonnen werden (Goodman et al., 1989b, Goodman et al., 1989a).

In mehreren Studien wurde die Empfindlichkeit für Veränderungen, die Validität und die Reliabilität der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale belegt, der erfasste

YBOCS-Wert spiegelt also den tatsächlichen Schweregrad der Zwangssymptomatik wider (Goodman et al., 1989b, Goodman et al., 1989a, Frost et al., 1995, Rosario-Campos et al., 2006, Steketee et al., 1996, Storch et al., 2010a, Mataix-Cols et al., 2004). Daher ist diese Skala auch für das klinische Setting und für die Erfassung der Wirksamkeit von Therapiemöglichkeiten geeignet (Goodman et al., 1989a). Trotz einiger psychometrischer Schwächen dieser Skala wurde bis jetzt keine alternative zuverlässige und klinisch anerkannte Messmethode etabliert (Deacon und Abramowitz, 2005, Storch et al., 2005) und die umstrittene Unterteilung in die zwei Unterkategorien „Obsessions“ und „Compulsion“ wurde beibehalten (McKay et al., 1995, Storch et al., 2005, Deacon und Abramowitz, 2005).

1.3.1.2.3 YBOCS-Symptom-Checkliste

Neben dem Fragebogen zur Beurteilung des Schweregrads gibt es auch die sogenannte Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Symptom Checkliste (YBOCS-Symptom-Checkliste), um die genauen Symptome der Zwangsstörung zu erfassen. Die Symptomliste setzt sich zusammen aus 15 Hauptgruppen von Zwangsgedanken, -handlungen und Gedankenzwängen, welche wiederum in insgesamt 70 einzelne Items unterteilt sind (Zaudig et al., 2002). Ihre Genauigkeit ist jedoch umstritten. Einige Studien zeigten, dass sich die Symptom Checkliste nur verlässlich zur Erfassung von Waschzwängen eignet (Mataix-Cols et al., 2004), andere wiederum, dass die Symptom Checkliste ein gutes psychometrisches Messinstrument darstellt (Storch et al., 2010a). Eine zuverlässige Alternative wurde jedoch auch hierfür bis jetzt nicht gefunden.

1.3.1.2.4 YBOCS-Systemkategorien

Die jeweilige Ausprägung der Symptomatik lässt sich in verschiedene thematische Unterkategorien unterteilen. Diese Unterteilung in 4 Untergruppen basiert auf der Meta-Analyse durch Bloch et al. (2008) von 21 Studien zu der Frage, ob man die Zwangsstörung in Untergruppen bezüglich der Art der Zwänge unterteilen kann. Diese ergab eine robuste Unterteilung in 4 Kategorien an Zwangssymptomen, alle in der Meta-Analyse eingeschlossenen Studien basieren auf der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Symptom Checkliste. Diese 4-Faktoren-Lösung wurde auch bereits zuvor in anderen Studien vorgeschlagen (Leckman et al., 1997, Leckman et al., 2001, Stewart et al., 2008, Hasler et al., 2007). Auf Grundlage dieser Meta-

Analyse von Bloch et al. (2008) wurden die Zwangsstörungen in dieser Arbeit in folgende Gruppen unterteilt:

- 1) Symmetrie: Symmetrie-, Wiederholungs-, Ordnungs- und Wiederholungszwangshandlungen
- 2) verbotene Gedanken: aggressive, sexuelle, religiöse und körperliche Zwangsgedanken und Kontrollzwangshandlungen
- 3) Sauberkeit: Waschzwangshandlungen und Zwangsgedanken bezogen auf Verschmutzung
- 4) Sammeln: Sammelzwangshandlungen und Sammelzwangsgedanken

Diese 4-Faktoren Struktur erklärt die Heterogenität der klinischen Symptome der Zwangsstörungen und fasst diese zusammen. Die 4-Faktoren-Aufteilung wurde auch weiterhin reproduziert und als gute Einordnung in Untergruppen bestätigt (Matsunaga et al., 2010, Mataix-Cols et al., 2005). Es können nicht alle Zwangssymptome in diese vier Zwangsdimensionen eingeteilt werden, da sich Zwangssymptome auf die vielfältigste Weise manifestieren können, aber immerhin ein Großteil.

Andere Studien schlagen eine 3-Faktoren-Lösung vor (Lochner et al., 2008, Baer, 1994), in der zum einen die Symptomdimension „Sammeln“ nicht als eigene Dimension dargestellt ist und auch aggressive, religiöse und sexuelle Zwangsgedanken nicht ausdrücklich eingeschlossen sind (Lochner et al., 2008). Ebenso werden 5-Faktoren-Lösungen vorgeschlagen (Pinto et al., 2008, Mataix-Cols et al., 1999, Abramowitz et al., 2009).

Diese Unterteilung in Symptom-Untergruppen definiert vermutlich nicht nur verschiedene Symptomausprägungen (McKay et al., 2004), sondern es lassen sich laut Matsunaga et al. (2010) auch unterschiedliche Merkmale der von der jeweiligen Symptomuntergruppe Betroffenen definieren.

Auch in den aktuellen S3-Leitlinien zur Zwangsstörung wird eine solche Einteilung in Zwangskategorien vorgeschlagen (Kordon et al., 2013).

1.3.2 Persönlichkeitsstörungen

1.3.2.1 Diagnostik

Grundsätzlich wird im klinischen Setting primär ein Anamnesege­spräch durch­ge­führt, in dem bereits ICD- und DSM-Kriterien abgefragt werden und häufig auch Screeningverfahren angewendet werden. Bei Hinweisen auf eine Persönlichkeitsproblematik werden dann weitere Testungen durch­ge­führt. Außer­dem gibt es die Möglichkeit anhand von standardisierten Interviews und Fragebögen ein Screening aller Patienten für Persönlichkeitsstörungen durchzuführen

1.3.2.1.1 SCID-II

Das Structured Clinical Interview for DSM-Disorders (SCID-II für DSM-IV) (First, 1997) bietet die Möglichkeit anhand eines strukturierten klinischen Interviews Patienten auf Persönlichkeitsstörungen zu testen. Das SCID-II Interview hat sich in mehreren Studien bereits als sensitiv und spezifisch für das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung erwiesen (Ekselius L., 1994, Nussbaum und Rogers, 1992).

1.3.2.1.2 ADP-IV

Das Assessment of DSM-IV Personality Disorder Questionnaire (ADP-IV) ist ein Selbsteinschätzungs-Messinstrument für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen. Die 94 verschiedenen Merkmale werden von den Patienten selbst eingeschätzt und auch entsprechend der Beeinträchtigung durch das jeweilige Merkmal bewertet. Die Ergebnisse hinsichtlich der Sensitivität und Spezifität ähneln derer des SCID-II {Schotte 2004 #319} {Doering 2007 #320}. Allerdings lässt sich der ADP-IV-Test im Gegensatz zum SCID-II-Interview aufgrund der Möglichkeit der computerisierten Durchführung mit weniger Zeitaufwand durchführen, weshalb er sich im klinischen Alltag bewährt hat.

2 Aktueller Stand der Forschung

2.1 Komorbidität zwischen Zwangsstörung (ZS) und anankastischer Persönlichkeitsstörung (APS)

Einige Studien haben sich bereits mit dem Zusammenhang zwischen anankastischer Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung beschäftigt.

Stichproben- größe ZS	Untersuchungs- methode	APS bei ZS (prozentualer Anteil)
n=88	stand. Int. DSM-II-R	30,7%

Tabelle 2: Übersichtstabelle Diaferia et al. 1997

Schon Diaferia et al. fanden 1997 bei 30,7% von 88 mittels standardisierter Interviews untersuchten Zwangspatienten eine anankastische Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu Stichproben aus Patienten mit Depression und Panikstörung zeigte sich ein signifikant häufigeres Auftreten der anankastischen Persönlichkeitsstörung komorbide zur Zwangsstörung ($p=0,0009$). Im Vergleich der Zwangspatienten mit und ohne komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht in YBOCS-Werten (s. 1.3.1.2.2), also dem Schweregrad der Zwangssymptomatik, oder Alter bei Symptombeginn.

Stichproben- größe ZS	Untersuchungs- methode	APS bei ZS (prozentualer Anteil)	Merkmale
n=72	stand. Int. DSM-IV	32,4%	APS einzige mit ZS signifikant korrelierende PS

Tabelle 3: Übersichtstabelle Samuels et al. 2000

Einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung sahen auch Samuels et al. (2000). In einer Untersuchung von 72 Zwangspatienten mit Hilfe standardisierter Interviews wurde die anankastische Persönlichkeitsstörung mit 32,4% als häufigste komorbide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert ($p<0,001$) und trat im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen als einzige signifikant häufig komorbide zur Zwangsstörung auf.

Stichproben- größe ZS	Untersuchungs- methode	APS bei ZS (prozentualer Anteil)
n=420	klinisch DSM-IV	9%

Tabelle 4: Übersichtstabelle Denys et al. 2004

Denys et al. fanden 2004 in der Auswertung der klinischen Konsensusdiagnosen, die als Komorbiditätsdiagnosen bei 420 Zwangspatienten einer klinischen Population gestellt wurden, bei 9% der Zwangspatienten die komorbide gestellte Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung. Die anankastische Persönlichkeitsstörung ist in dieser Population im Komorbiditätsspektrum der Zwangsstörung die am häufigsten komorbide diagnostizierte Persönlichkeitsstörung.

Stichproben- größe ZS	Untersuchungs- methode	APS bei ZS (prozentualer Anteil)
n=864	klinisch ICD-10	3,0%

Tabelle 5: Übersichtstabelle Ruppert et al. 2007

Eine Auswertung der Patientendaten der Klinik Windach der Jahre 1998-2005 (Ruppert et al., 2007) ergab, dass bei 3% der 864 Zwangspatienten klinisch die Diagnose einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung gestellt wurde. Diese stellte zusammen mit der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ebenfalls 3%) die häufigste zur Zwangsstörung komorbide Persönlichkeitsstörung dar. Auch im Vergleich zu anderen Achse-I-Diagnosen wird die anankastische Persönlichkeitsstörung am häufigsten komorbide zu einer Zwangsstörung gestellt.

Stichproben- größe APS	Untersuchungs- methode	ZS bei APS (prozentualer Anteil)	Merkmale
n=262	stand. Int. DSM-IV	20%	ZS häufiger bei Pat. mit APS als bei anderen Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 6: Übersichtstabelle Eisen et al. 2006

Eisen et al. (2006) untersuchten eine Kohorte von 733 Patienten mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung oder Depression mit standardisierten Interviews auf Achse I- und Achse II-Erkrankungen. Von 262 Patienten, die die Kriterien für eine anankastische Persönlichkeitsstörung erfüllten, erfüllten auch 53 die diagnostischen

Kriterien für eine Zwangsstörung. 20% der von einer anankastischen Persönlichkeitsstörung Betroffenen hatten also komorbide eine Zwangsstörung. Somit wurde eine Zwangsstörung signifikant häufiger bei Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung als bei anderen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert ($p < 0,0001$).

Stichproben- größe APS	Untersuchungs- methode	ZS bei APS (prozentualer Anteil)
n=452	klinisch ICD-10	13,3%

Tabelle 7: Übersichtstabelle Konermann et al. 2006

In einer retrospektiven Auswertung von 49.964 Patienten von 17 psychosomatischen Kliniken durch Konermann et al. (2006) zeigte sich, dass klinisch bei 13,3% der 452 Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung auch eine Zwangsstörung diagnostiziert wurde. Somit imponiert die anankastische Persönlichkeitsstörung mit 13,3% Prävalenz der Komorbidität einer Zwangsstörung vor den übrigen Persönlichkeitsstörungen. Die Berechnung der Odds Ratio zeigte, dass das Risiko eines Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung auch an einer Zwangsstörung zu leiden deutlich höher ist als bei anderen Persönlichkeitsstörungen (Odds-Ratio der anankastischen Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen: schizoide PS=6,3; emotional-instabile PS=4,7; abhängige PS=4,7).

In anderen Studien, die anhand von standardisierten Interviews Zwangspatienten hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen untersucht haben, werden verschiedene Häufigkeiten von anankastischer Persönlichkeitsstörung komorbide zur Zwangsstörung berichtet. Coles et al. (2008) fanden eine Prävalenz von 27% anankastischer Persönlichkeitsstörung bei Zwangsstörung, Garyfallos et al. (2010) 31%, Lochner und Stein (2010) 34%, 24,7% bei Pinto et al. (2006) und 12,2% bei Mataix-Cols et al. (2000). Allerdings ließen die geringen Patientenzahlen in diesen Studien keine Rückschlüsse auf die Signifikanz zu.

In den aktuellen S3-Leitlinien für Zwangsstörungen wird aufgrund mangelnder Forschung keine spezielle Therapieempfehlung für Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung ausgesprochen (Kordon et al., 2013).

2.2 Charakteristika der Untergruppe der Patienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung zur Zwangsstörung

Eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung zeigt laut Coles et al. (2008) bei Zwangspatienten charakteristisch andere Merkmale hinsichtlich der Zwangserkrankung wie einen früheren Krankheitsbeginn, andere Ausprägungen der Art der Zwänge und einen Unterschied in der psychiatrischen Komorbidität. Ähnliche Ergebnisse berichten auch Garyfallos et al. (2010), Lochner et al. (2011) und Starcevic et al. (2013). Diese Auffälligkeit könnte nahelegen, dass es sich bei Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung um eine eigene Untergruppe der Zwangsstörung handelt (Garyfallos et al., 2010, Nestadt et al., 2009) oder dass eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung ein Marker für eine schwerere Erkrankung darstellt (Lochner et al., 2011). In anderen Studien wurde wiederum kein Unterschied zwischen Zwangspatienten mit oder ohne komorbide anankastischer Persönlichkeitsstörung bezüglich Alter, Geschlecht oder Schweregrad der Zwangssymptomatik gefunden (Diaferia et al., 1997)}.

Hinsichtlich der Frage, ob die Gruppe der Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung sich markant von den Zwangspatienten ohne eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung unterscheidet, untersuchten Starcevic et al. (2013) 148 Zwangspatienten. Sie fanden bei 47,3% eine anankastische Persönlichkeitsstörung. In der Gruppe mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung zeigten sich im Vergleich zur Gruppe ohne komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung keine demografischen Unterschiede oder auffällige Differenzen der YBOCS-Werte. Einzig das Symptom zwanghaftes Sammeln trat bei Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger auf, der Krankheitsbeginn der Zwangsstörung fand sich in signifikant jüngerem Alter und die Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung zeigten sich mehr beeinträchtigt durch die Zwangsstörung.

Stichproben- größe ZS	Untersuchungs- methode	APS bei ZS (prozentualer Anteil)	Charakteristika der Gruppe ZS+APS	YBOCS-Werte (Mittelwerte)
n=403	stand. Int. DSM-IV	34%	+APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“ und höherer Schweregrad	+APS: 21,9 -APS: 19,4

Tabelle 8: Übersichtstabelle Lochner et al. 2011

Lochner et al. fanden 2011 bei 34% der 403 untersuchten Zwangspatienten eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung. Die Gruppe der mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung diagnostizierten Zwangspatienten zeigten häufiger das Symptom zwanghaftes Sammeln und einen höheren Schweregrad der Erkrankung. Lochner et al (2011) sprachen von einer signifikanten Korrelation einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung und zwanghaftem Sammeln. Vor allem das Symptom „zwanghaftes Sammeln“ bei einer Zwangsstörung korreliert stark mit dem gleichzeitigen Vorliegen einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (Coles et al., 2008, Garyfallos et al., 2010, Mataix-Cols et al., 2000) und auch einem höheren Schweregrad der Zwangsstörung (Lochner et al., 2005).

Auch in der Studie von Eisen et al. (2006) mit 262 Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und davon 20% mit einer komorbiden Zwangsstörung zeigte sich, dass vier der Kriterien der anankastischen Persönlichkeitsstörung wie zwanghaftes Sammeln, Perfektionismus, Detailversessenheit und der Unwille Aufgaben zu delegieren signifikant durch die Achse I-Erkrankung einer Zwangsstörung vorhergesagt wurden.

In einer Studie von Fricke (2006), in der 55 Patienten nach einer durchgeführten KVT untersucht wurden, 26 davon mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung, stellte eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung keinen Marker für einen schlechteren Therapieerfolg dar.

	Untersuchungs- methode	Stichprobe an Zwangs- patienten	APS bei Zwangs- patienten	Charakteristika der Untergruppe ZS+APS	YBOCS-Werte (Mittelwerte)
Diaferia 1997	stand. Int. DSM-III-R	n=88	30,7% ($p=0,0009$)	kein Unterschied in YBOCS und Alter/Symptombeginn	+APS: 25,4 (m)/20,4 (w) -APS: 22,4 (m)/ 24,5 (w)
Mataix-Cols 2000	stand. Int. DSM-III-R	n=75	12,2%	APS häufigste PS bei ZS; signifikante Korrelation von +APS und Symptom „zwanghaftes Sammeln“	
Samuels 2000	stand. Int. DSM-IV	n=72	32,4% ($p<0,001$)	APS einzige signifikant mit ZS korrelierende PS	
Denys 2004	klinisch DSM-IV	n=420	9%	nicht näher untersucht (OR=4,6 für APS im Vergleich zu Allgemein- bevölkerung)	
Coles 2006	stand. Int. DSM-IV	n=238	27%	+APS früherer Beginn der ZS; kein Unterschied im Schweregrad	+APS: 24,31 -APS: 22,81
Pinto 2006	stand. Int. DSM-IV	n=293	24,7%	APS häufigste PS bei ZS	
Ruppert 2007	klinisch ICD-10	n=864	3,0%	APS bei ZS häufiger als bei anderen Achse-I- Erkrankungen	
Garryfallos 2009	stand. Int. DSM-IV	n=146	31%	+APS früherer Symptombeginn; +APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“; kein Unterschied in Schweregrad und Komorbidität	+APS: 22,91 -APS: 21,42
Lochner 2011	stand. Int. DSM-IV	n=403	34%	+APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“; +APS höherer Schweregrad	+APS: 21,9 -APS: 19,4
Starcevic 2013	stand. Int. DSM-IV	n=148	47,3%	kein Unterschied in Schwere- grad; keine demografischen Unterschiede; +APS früherer Symptom- beginn; +APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“	+APS: 23,29 -APS: 21,09

Tabelle 9: Zusammenfassende Übersicht der aktuellen Studienlage

2.3 Kausalität der Komorbidität von anankastischer Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung

Zur Beantwortung der Frage, ob eine anankastische Persönlichkeitsstörung als Grundlage der Zwangsstörung vorliegt oder vielmehr eine lange andauernde Zwangsstörung zur Veränderung von Persönlichkeitszügen in Richtung einer anankastischen oder auch gemischten Persönlichkeitsstörung führt, gibt es noch keine eindeutigen Ergebnisse. Der Zusammenhang, dass vereinzelt gemischte Persönlichkeitsstörungen oder auch anankastische Persönlichkeitsstörungen gehäuft nach einer längeren Krankengeschichte auftreten, legt die Vermutung nahe, dass bei Zwangspatienten, die prämorbid keine Persönlichkeitsstörung hatten, durch die Zwangsstörung Verhaltens- und Lebensstilveränderungen erfolgen, die signifikante Veränderungen der Persönlichkeitszüge zur Folge haben, also ein Kontinuum zwischen Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung besteht (Diaferia et al., 1997, Baer und Jenike, 1992, Garyfallos et al., 2010). Das Auftreten einer anankastischen Persönlichkeitsstörung als prämorbid Störung vor einer Zwangsstörung lässt sich allerdings nicht nachweisen (Baer et al., 1990, Eisen et al., 2006).

Auffällig ist auch, dass einige Studien gezeigt haben, dass die Entwicklung von zwanghaften Persönlichkeitszügen oder sogar einer anankastischen Persönlichkeitsstörung gehäuft bei Patienten auftritt, die schon sehr früh Symptome einer Zwangsstörung zeigten (Mancebo et al., 2008, Coles et al., 2008, Starcevic et al., 2013). Dies könnte eventuell bedeuten, dass eine Zwangsstörung in der Kindheit das Risiko für die Entwicklung einer anankastischen Persönlichkeitsstörung erhöht, indem es die Persönlichkeitsentwicklung in einer vulnerablen Phase der Entwicklung in diese Richtung beeinflusst oder dass die Early-Onset-Zwangsstörung und die anankastische Persönlichkeitsstörung eine ähnliche Pathogenese aufweisen (Mancebo et al., 2008). In einer Studie von Mancebo et al. (2008) konnte sogar bei 48,5% der Patienten mit einer Early-Onset-Zwangsstörung eine anankastische Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden, im Gegensatz zu 20,3% mit einer später beginnenden Zwangsstörung.

3 Fragestellung

Die meisten bisher durchgeführten Studien untersuchten jeweils Patienten mit einer Zwangsstörung anhand von standardisierten Interviews auf eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung, was zu relativ hohen Komorbiditätsraten führte (Ruppert et al., 2007, Zaudig, 2011a). Die Frage wie viele der Patienten in einer klinischen Population allerdings klinisch auffällige Zeichen einer anankastischen Persönlichkeitsstörung komorbide zur Zwangsstörung zeigen, ist weitgehend ungeklärt. Dies kann anhand der bisher klinisch gestellten Diagnosen untersucht werden, da hierbei davon auszugehen ist, dass klinisch relevante und auffällige Diagnosen erfasst wurden. Aufgrund der bisher festgestellten niedrigen klinischen Komorbiditätszahlen scheint es sinnvoller und aussagekräftiger dies in einer retrospektiven Studie durchzuführen.

Anhand der Daten der Patienten, die sich in den Jahren 1998 bis 2009 in der Psychosomatischen Klinik Windach in Behandlung befanden, lässt sich die Zahl der Patienten feststellen, bei denen gleichzeitig klinisch die Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und einer Zwangsstörung gestellt wurde. Dadurch kann die Häufigkeit des komorbiden Auftretens dieser beiden Störungen verglichen werden mit der Häufigkeit, mit der eine der beiden Störungen gleichzeitig mit anderen psychischen Erkrankungen auftritt. Somit lässt sich feststellen, ob ein Zusammenhang im Auftreten dieser beiden Störungen besteht, der sich von dem mit anderen Erkrankungen unterscheidet.

Die Daten ermöglichen auch eine Betrachtung der Frage, ob die Gruppe der Patienten, die beide Erkrankungen gleichzeitig aufweisen, eine spezielle Subgruppe an Zwangspatienten definiert. Hierfür müsste sich anhand bestimmter Merkmale die Gruppe der Patienten mit beiden Störungsbildern der Gruppe ohne diese Komorbidität unterscheiden lassen. Merkmale, die hierfür verwendet werden können, sind zum Beispiel die demographischen Merkmale dieser Untergruppe, wie Geschlecht und Alter. Eine deutlich längere Krankheitsanamnese bis Therapiebeginn bei Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung könnte ebenso ein möglicher Differenzierungsmarker sein. Außerdem kann anhand der YBOCS-Werte der Schweregrad und der Therapieerfolg von Zwangspatienten mit oder ohne komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung verglichen werden.

Demzufolge ist die erste Frage, die es zu klären gilt, die Frage nach einem gehäuften komorbiden Auftreten von Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu anderen Erkrankungen.

Des Weiteren soll untersucht werden, ob es bestimmte Merkmale gibt, die die Untergruppe der Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung ausmachen, um eventuelle Rückschlüsse auf eine Subgruppe an Zwangspatienten zu erwägen.

Außerdem wird überprüft, ob es zwischen Zwangspatienten mit und ohne Komorbidität einer anankastischen Persönlichkeitsstörung einen Unterschied in dem Schweregrad der Zwangssymptomatik und dessen Verlauf während der Therapie gibt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, diese Fragen anhand der Daten aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Windach am Ammersee zu beantworten.

4 Material & Methodik

4.1 Die Psychosomatische Klinik Windach und das Therapiekonzept

4.1.1 Allgemeines zur Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee

Das Patientengut besteht aus Patienten, die sich in den Jahren 1998 bis 2009 in der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee wegen beeinträchtigender psychischer Erkrankungen in Behandlung befanden. Die Einweisung erfolgt größtenteils über niedergelassene Ärzte oder über stationäre Einrichtungen und Ambulanzen. Bei Aufnahme wird eine ausführliche Diagnostik durchgeführt, in der eine medizinische und psychologische Einschätzung des Krankheitsbildes erhoben wird und eine oder mehrere Diagnosen gestellt werden. Diese Diagnosen sind im Behandlungsverlauf bei genauerem Erfassen der Symptomatik modifizierbar und es können Verlaufsd Diagnosen gestellt werden. Die Diagnosestellung erfolgt durch den behandelnden Therapeuten. Dazu gehören Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatik oder Psychiatrie und Psychotherapie, Diplom-Psychologen und psychologische Psychotherapeuten. Diagnosen werden immer mit dem leitenden Psychologen, dem Oberarzt oder dem Chefarzt besprochen und differentialdiagnostisch abgeklärt. Außerdem stehen Persönlichkeitsfragebögen und andere Testungen zur Verfügung, die endgültigen Diagnosen werden dann in Zusammenarbeit zwischen Psychologen, Ärzten und den leitenden Ärzten und Psychologen getroffen, es erfolgt eine klinische Konsensusdiagnose. Als Screeningmethode für Persönlichkeitsstörungen wird meist der ADP-IV Test durchgeführt.

4.1.2 Therapie speziell der Zwangsstörung

Die Therapie in der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee basiert auf der KVT, es wird eine Kombination aus kognitiver Umstrukturierung und Exposition mit Reaktionsmanagement durchgeführt. Dies entspricht der Therapieempfehlung der aktuellen S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Kordon et al., 2013). Die Exposition mit Reaktionsmanagement wird im Klinik-Jargon und im Folgenden Flooding genannt, sie stellt eine maximale Exposition gegenüber den

zwangsauslösenden Reizen und das Nichtausführen des jeweiligen Zwangs dar. Zu Beginn der Therapie wird der Schweregrad der Zwangsstörung bei Aufnahme erfasst und dann mit einer stationären Therapie mit dem Schwerpunkt der Gruppentherapie begonnen. Nach Verhaltensanalysen und Erstellen von SORKC-Schemata werden die erfassten Zwänge konfrontiert und durch die wiederholte bewusste Reizkonfrontation ohne die Ausübung der konditionierten Zwangshandlungen und einer bewussten Beobachtung des Verlaufs der Anspannung erfolgt eine Neubewertung der zwangsauslösenden Umstände. Bei Zwangsgedanken erfolgt ebenso eine bewusste Konfrontation mit den Zwangsgedanken ohne das Ausführen der neutralisierenden Mechanismen. Durch die Neukonditionierung der auslösenden Reize sinkt der Schweregrad der Zwangssymptomatik, was bei Entlassung durch eine erneute YBOCS-Psychometrie erfasst wird. Auch im Verlauf werden vor und nach Reizkonfrontation YBOCS-Werte erfasst, um den Verlauf der Symptomatik beurteilen zu können.

Das multimodale Konzept der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Windach setzt sich zusammen aus Einzeltherapie und indikativer störungsspezifischer Gruppentherapie, Selbstsicherheitstraining, sozialem Kompetenztraining, Achtsamkeits- und Entspannungstraining, Training der Emotionswahrnehmung und Kunsttherapie.

Bei Therapieresistenz oder einem zu hohen Schweregrad der Zwangssymptomatik erfolgt therapiebegleitend eine psychopharmakologische Begleitmedikation nach aktuellem Stand, allerdings liegt der Schwerpunkt auf der psychotherapeutischen Behandlung.

Die Psychosomatische Klinik Windach am Ammersee hat seit Jahren unter anderem den Schwerpunkt der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen etabliert und behandelt eine große Anzahl an diesem Patientengut.

4.2 Erfassung und Auswertung der Daten aus Psy-BaDo

4.2.1 Allgemeines

4.2.1.1 Psy-BaDo

Die ausgewerteten Daten wurden mit dem Programm „Basisdokumentation Stationäre Version 3.6“ erfasst. Die Daten werden bei Aufnahme und im Verlauf der Therapie erhoben und in das Basisdokumentationssystem eingegeben.

Das Basisdokumentationsprogramm wurde zum Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung vom Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt. In der ersten Version PTM-BaDo Mitte 1996 wurde das Programm in 7 Kliniken in Bayern erprobt, mit dem Ziel der Etablierung einer praktikablen einheitlichen, schulen- und methodenübergreifenden Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik. Anfang 1998 erschien eine zweite Version, diese wurde angeglichen an die zeitgleich entwickelte Psy-BaDo von Heuft&Senft, um für die Diskussion mit den Kostenträgern ein einheitliches Modell zu schaffen. Seitdem erfolgt die Erfassung der Patientendaten einheitlich mit „Psy-BaDo-PTM“. In den Jahren 1998-2002 wurde bereits eine Datenbasis mit Referenzdaten von 42.000 dokumentierten Behandlungen angelegt (Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP), 2003). Seit dem 01.01.2004 wird die Version 3.6 der Psy-BaDo empfohlen.

Ziel des Psy-BaDo-PTM ist laut dem Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, eine „adäquate Dokumentation der Vielfalt psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen/psychosomatischen Medizin“, um somit einen allgemeinen Dokumentationsstandard für Psychosomatische Kliniken zu schaffen (Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP), 2003).

Die Items werden zum einen durch Fremdbeurteiler, wie zum Beispiel Therapeuten, erfasst, zum anderen auch durch Formulare und am PC direkt vom Patienten ausgefüllt. Des Weiteren gibt es Items, die durch die teilnehmenden Institute verbindlich erfasst werden sollen, andere können fakultativ erhoben werden.

Um die statistische Darstellung nicht zu verzerren, wird unterschieden, ob Items echte „missing-values“ (fehlende Werte) darstellen, als fakultativ zu erhebende Variable nicht erhoben wurden oder strukturell „nicht gegebene Angebote“ darstellen, wie die Klassifikation therapeutischer Leistungen oder psychologischer Testverfahren.

Um Fehlerquellen zu reduzieren wurde eine „Laienversion“ entwickelt, damit die direkt durch die Patienten erfassten Variablen weniger fehlerbesetzt ausfallen.

Die Erfassung der Patientendaten und Therapieverläufe mit dem BaDo System wird auch in der Qualitätsmanagement-Forschung für die Effektivität von psychosomatischer Krankenhausbehandlung angewendet (Probst et al., 2009).

4.2.1.2 Erfassung

Die Daten, die dieser Arbeit zugrunde liegen, wurden im Verlauf der stationären Therapie erfasst. Der Patient füllt zu Therapiebeginn und bei Entlassung die BaDo Fragebögen aus. Andere Items werden ebenfalls zu Aufnahme und Entlassung, aber auch während des Therapieverlaufs durch die behandelnden Ärzte und Therapeuten in das System eingegeben. Somit ist es auch möglich, Diagnosen zu erfassen, die sich erst im Therapieverlauf ergeben.

4.2.1.3 Archivierung

Alle im BaDo-System erfassten Patienten werden durch fortlaufende Nummern anonymisiert. Die Nummern lassen sich in einem separaten Programm wieder den jeweiligen Akten zuordnen und somit sind die Akten der interessierenden Patienten auffindbar. Die Patientenakten bestehen aus Arztbriefen, Anamnesebögen, allen im Therapieverlauf vom Patienten ausgefüllten Formularen und vom Therapeuten erstellten Aufzeichnungen. Im speziellen Fall der Zwangspatienten sind auch die YBOCS-Schweregrad- und Symptom-Bögen in Papierform in den Akten enthalten.

4.2.2 Auswahl der untersuchten Gruppen

Aus der Gesamtmenge der Daten werden die beiden miteinander zu vergleichenden Gruppen ausgewählt. Die erste Gruppe ist definiert als alle Patienten, die als Hauptdiagnose eine Zwangsstörung aufweisen und bei denen in keiner der komorbiden Diagnosen eine Persönlichkeitsstörung verschlüsselt ist. Die zweite Gruppe besteht aus den Patienten, die an einer der Diagnosestellen eine

anankastische Persönlichkeitsstörung und zudem auch eine Zwangsstörung aufweisen. Die Definition und Vorgabe zur Erfassung der Items wurde vom Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie festgelegt (Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP), 2003).

Zur Berechnung der einzelnen Gruppen und der jeweiligen Anzahl der untersuchten Items wird jeweils eine Syntax in SPSS (Software zur statistischen Auswertung von Daten, s. Kapitel 4.5) geschrieben, um die jeweils zu untersuchenden Gruppen anhand der Merkmale zu analysieren und zu vergleichen. Das Schreiben der jeweiligen Syntax erfolgt in SPSS und bleibt für weitere Berechnungen gespeichert.

Die zur Definition der untersuchten Gruppen für SPSS geschriebene Syntax sieht wie folgt aus:

```
"If (F42 = 1 & F605 = 1) veragr = 2.  
IF (dgr_aush = 3 & dkpsdiff = 0) veragr = 1.  
VARIABLE LABELS veragr 'anankastenzwang'.  
VALUE LABELS veragr  
1 'Zwangsstörung ohne komorbide PS'  
2 'Zwangsstör. und anankast. PS"
```

Formel 1: Syntax zur Definition der Gruppen

4.2.3 Erfassung

4.2.3.1 Geschlecht

Als erstes Item wird das Geschlecht (in der BaDo-Erfassung codiert unter v006) betrachtet. Dieses ist gegeben durch das standesamtliche Geschlecht, numerisch mit 1 für männlich und 2 für weiblich codiert. Das Geschlecht gibt der Patient bei Ausfüllen des BaDo-Aufnahmebogens an.

4.2.3.2 Alter

Auch zu Beginn des Aufenthalts wird das Geburtsdatum des Patienten (v007) erfasst und daraus das Alter als neue Variable berechnet. Als Stichtag gilt der Aufnahmetag, es wird also mit dem Alter des Patienten zum Aufnahmezeitpunkt in die Klinik gearbeitet. Sein Geburtsdatum gibt der Patient selbst an, es wird in der Form tt.mm.jjjj numerisch codiert.

4.2.3.3 Krankheitsanamnese

Die Variable Krankheitsanamnese (v026) bezeichnet die Dauer der Hauptbeschwerden in Monaten. Als Hauptbeschwerde gilt die eine psychische oder somatische Hauptdiagnose nach ICD 10, also die Variable v045 (s. 4.2.3.4), der Therapeut muss sich also für eine beurteilte Störung entscheiden. Als Beginn der Beschwerden gilt der Zeitpunkt ab dem eine schwere Beeinträchtigung durch die Symptome bestand und zu dem die Diagnose wahrscheinlich das erste Mal hätte gestellt werden können. Bei Persönlichkeitsstörungen, die ja per definitionem erst ab dem frühen Erwachsenenalter zu diagnostizieren sind, ist ein früherer Zeitpunkt zu wählen, wenn dort schon Verhaltensweisen mit klinischer Auffälligkeit bestanden. Die Einschätzung erfolgt durch den Therapeuten im Gespräch. Die Codierung erfolgt numerisch in Monaten. Die Variable Krankheitsanamnese wird berechnet aus dem Zeitraum zwischen Beginn der Beschwerden und dem Beginn des aktuellen Therapieaufenthalts.

Aus den Variablen Krankheitsanamnese und Alter des Patienten bei Aufnahme ist als neue Variable das Alter bei Krankheitsbeginn errechenbar.

4.2.3.4 Diagnosen

Als Hauptdiagnose (v045) gilt die eine Diagnose, die aktuell die größte Bedeutung im Leben des Patienten hat, zumeist auch die, weswegen die betreffende Institution kontaktiert wird.

Die weiteren ICD-Diagnosen (v048-v069) werden wie vorgeschrieben nach ICD-10 kodiert. Gemäß dem Komorbiditätsprinzips sind so viele Diagnosen zu vergeben wie für die Beschreibung des klinischen Bildes notwendig sind. Also alle, die deskriptiv bzw. phänomenologisch vorliegen, sofern sich nicht die eine Diagnose als Schlussfolgerung einer anderen ergibt (z.B. Schlafstörungen infolge einer Depression sind nicht als separate Diagnose zu verschlüsseln). Es können bis zu zehn psychische und bis zu zehn somatische Diagnosen verschlüsselt werden. Bei Vorliegen von mehr als zehn Diagnosen sind die leichtesten nicht mehr zu vergeben. Es werden nur die klinisch relevanten Diagnosen verschlüsselt, auch Vollremissionen können vergeben werden, falls diese noch klinisch relevant sind (z.B. Süchte, Depressionen), Verdachtsdiagnosen mit Zusatzbezeichnung, Missbrauch von Substanzen und akute Krankheitsschübe (z.B. Neurodermitis). Grundsätzlich werden

Verlaufsdiagnosen vergeben, somit erfolgt eine Ergänzung des Beschwerdebilds zu Beginn oder kurz vor Beginn der Behandlung um die Beschwerden, die während der Behandlung zusätzlich auftreten bzw. Informationen, die der Diagnostiker erst im Verlauf der Behandlung erhält. Bei den in dieser Arbeit ausgewerteten Diagnosen werden die Diagnosen miteinbezogen, die zum Ende der Therapie als Diagnosen erfasst sind. Somit werden auch Diagnosen betrachtet, die sich erst im Verlauf der Therapie herauskristallisieren, was besonders bei den Persönlichkeitsstörungen oft der Fall ist.

4.2.4 Auswertung

4.2.4.1 Alter und Krankheitsanamnese

Um signifikante Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen in den Mittelwerten von Alter und Krankheitsanamnese zu ermitteln wird der t-Test für unabhängige Stichproben angewandt.

4.2.4.2 Geschlecht

Ein möglicher Unterschied in der Geschlechterverteilung zwischen den beiden untersuchten Gruppen wird mittels Chi-Quadrat-Test untersucht.

4.2.4.3 Komorbidität

Für die Frage nach der Häufigkeit der spezifischen Komorbidität zwischen Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung wird der Chi-Quadrat-Test angewandt. Es werden Häufigkeiten verglichen, zum einen die Häufigkeit einer komorbide zu einer Zwangsstörung diagnostizierten Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen. Zum anderen die Häufigkeit der Zwangsstörung komorbide im Vergleich zu anderen Achse I-Erkrankungen komorbide zur anankastischen Persönlichkeitsstörung.

4.3 Erfassung und Auswertung der Daten aus den Akten der Patientenstichprobe

4.3.1 Stichprobenauswahl

Die Auswahl der Stichprobe an Patienten, deren Akten angefordert wurden, erfolgte mit der Funktion des SPSS-Programms zur Stichprobenauswahl. Somit lässt sich eine Stichprobe aus dem gesamten Patientengut auswählen, die bestimmte Kriterien erfüllt. Die ausgewählten Gruppen setzen sich ebenfalls zusammen aus einer Gruppe mit Patienten mit einer Zwangsstörung als Hauptdiagnose ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung und einer Gruppe mit Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und einer komorbiden Zwangsstörung als Diagnosen. Von den Akten der Patienten mit anankastischer Persönlichkeitsstörung und komorbider Zwangsstörung waren 64 Akten vollständig vorhanden. Für die Patienten mit einer Zwangsstörung ohne komorbide Persönlichkeitsstörung wurde eine Stichprobe mit der Stichprobenfunktion von SPSS gezogen und die ausgewählten Akten aus dem Archiv beschafft.

4.3.2 Erfassung

4.3.2.1 Alter und Krankheitsanamnese

Das Geburtsdatum wird aus dem standardisierten Patientenbogen erfasst und daraus das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme berechnet.

Aus den Anamnesebögen, die sowohl durch Patienten als auch durch Ärzte ausgefüllt werden, und den Arztbriefen lässt sich die Dauer der Krankheitsanamnese, das heißt die Dauer der Zwangssymptome bzw. weiterer Beschwerden, entnehmen. Diese Dauer wird in Jahren codiert erfasst, da dieser Wert in den manuell ausgefüllten Bögen und Berichten meist in Jahren angegeben ist.

4.3.2.2 YBOCS-Schweregradskalen

Mit YBOCS-Schweregradskalen wird zu Beginn und im Verlauf der aktuelle Schweregrad der Zwangsstörung festgestellt. Die Bögen werden nach einer ausführlichen Erklärung bei Therapiebeginn wöchentlich von den Patienten selbst ausgefüllt und der aktuelle Wert in eine Tabelle eingetragen. Zum einen dient dies der Therapieüberwachung, zum anderen auch zur Selbstkontrolle für die Patienten. Im Verlauf der Therapie in Windach wird im Rahmen der Expositionstherapie ein

sogenanntes Flooding durchgeführt, eine Reizüberflutung und das Aushalten der dadurch entstehenden Angst, indem das Zwangsverhalten nicht ausgeführt wird. Beginn und Ende des Floodings werden in die Tabellen eingetragen, somit sind auch die YBOCS-Werte vor und nach dem Flooding ersichtlich.

4.3.2.3 YBOCS-Symptom-Checklisten

Um möglichst alle Ausprägungen der Zwangssymptomatik zu erfassen, füllen die Patienten zu Beginn der Therapie die YBOCS-Symptom-Checklisten aus. Eine ausführliche Beschreibung der Zwangssymptomatik erfolgt auch in den durch die Patienten ausgefüllten Anamnesebögen und in den Mitschriften der Therapeuten. Somit lässt sich bei Fehlen von Symptom-Checklisten die Auflistung der Zwangssymptomatik aus den Unterlagen erschließen und kann entsprechend der verschiedenen YBOCS-Zwangskategorien ins Faktorenmodell eingeordnet werden.

4.3.3 Auswertung

4.3.3.1 Alter und Krankheitsanamnese

Um einen Vergleich der Mittelwerte von Alter und Krankheitsanamnese zwischen den beiden ausgewählten Gruppen durchzuführen, wird der t-Test für unabhängige Stichproben angewandt.

4.3.3.2 Schweregrad

Ebenfalls mittels t-Test für unabhängige Stichproben werden die Mittelwerte der YBOCS-Skalen im Vergleich zwischen den beiden Gruppen verglichen um signifikante Abweichungen hinsichtlich des Schweregrad der Zwangssymptomatik abhängig von der jeweiligen vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Komorbidität mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung zu untersuchen.

4.3.3.3 Symptomkategorien

Das Spektrum an Zwangssymptomatik wird in Symptomkategorien entsprechend der Metaanalyse von Bloch et al. (2008) eingeordnet und die Häufigkeit im Auftreten der jeweiligen Symptomkategorie wird dann in Abhängigkeit von dem Vorliegen einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung mit dem Chi-Quadrat-Test betrachtet. Ebenso mittels Chi-Quadrat-Test wird untersucht ob bei einer der beiden untersuchten Gruppen häufiger mehr Symptomkategorien gleichzeitig auftreten. Bei Bedarf wird ein Fisher-Test durchgeführt.

4.4 Statistische Methoden

4.4.1 Deskriptive Statistik

Für die Beschreibung von Werten wie Alter, Krankheitsanamnese und YBOCS-Werten werden Mittelwerte, Standardabweichung und Streubreiten errechnet. Für die Darstellung der Geschlechterverteilung und der komorbiden Erkrankungen wurden Prozente und Häufigkeiten ermittelt.

Unterschiede zwischen den Gruppen werden für nominalskalierte Variablen wie die Verteilung der Komorbidität und des Geschlechts mit dem Chi-Quadrat-Test auf ihre Signifikanz getestet.

Mittelwerte wie die YBOCS-Werte, das Alter und die Länge der Krankheitsanamnese werden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben auf Mittelwertgleichheit getestet.

4.4.2 T-Test für unabhängige Stichproben

Ein Vergleich der Mittelwerte der Items Krankheitsanamnese, Alter und der YBOCS-Werte erfolgt mit dem t-Test für unabhängige Stichproben. Der t-Test für unabhängige Stichproben (es handelt sich in der Arbeit nur um unabhängige Stichproben, da zwei voneinander unabhängige Gruppen miteinander verglichen werden) prüft anhand zweier Mittelwerte der jeweiligen Gruppen, wie sich die Mittelwerte der beiden Gruppen zueinander verhalten (Bortz und Schuster, 2010). Der klassische t-Test geht davon aus, dass beide Stichproben aus einer Grundgesamtheit mit gleicher Varianz entstammen. Die Testung der Grundgesamtheit auf gleiche Varianz erfolgt mit dem Levene-Test für Varianzgleichheit. Wenn der Levene-Test die Gleichheit der Varianz bestätigt, kann ein t-Test durchgeführt werden (Bortz und Schuster, 2010).

4.4.3 Chi-Quadrat-Test

Mit dem Chi-Quadrat-Test lässt sich die Frage beantworten, ob zwei Merkmale voneinander unabhängig sind. Die Nullhypothese geht davon aus, dass die beiden Merkmale unabhängig voneinander sind. Wenn die Nullhypothese widerlegt wird, wird davon ausgegangen, dass die beiden Merkmale nicht voneinander unabhängig sind, also ein Zusammenhang besteht (Bortz und Schuster, 2010).

4.4.3.1 Exakter Test nach Fisher

Wenn in einem Feld der Kontingenztafel der Stichprobenumfang nicht ausreicht, um eine zuverlässige Aussage im Chi-Quadrat-Test zu treffen, wird der exakte Test nach Fisher durchgeführt. Dieser liefert auch bei kleinerem Stichprobenumfang zuverlässige Resultate (Bortz und Schuster, 2010).

Für alle Ergebnisse wurde ein Signifikanzniveau für die Ermittlung signifikanter Ergebnisse von $p < 0,05$ sowie ein Konfidenzintervall von 95 % festgelegt.

4.5 SPSS

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ist eine Software der Firma IBM, die speziell zum Zweck der statistischen Analyse entwickelt wurde. Die hier verwendete Version des Programms ist die Version IBM SPSS Statistics 21.0. In dieser Arbeit wurden die BaDo-Daten der Patienten in einer SPSS Tabelle archiviert und können direkt hieraus für weitere Verarbeitung verwendet werden. Die Daten, die aus den Akten entnommen werden, werden ebenfalls mit SPSS zusammengefasst und in Variablen kodiert und die Berechnungen können dann auf Basis dieser Tabelle durchgeführt werden.

Aufgrund des großen Datenumfangs ist eine Anlage der Daten an diese Arbeit nicht möglich. Die Daten befinden sich im BaDo-System der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee und sind bei Bedarf dort zugänglich. Allerdings ist eine Herausgabe aufgrund der nicht vollständigen Anonymisierung und vorhandenen Nachvollziehbarkeit der jeweiligen Identität nicht möglich.

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Daten des Psy-BaDo

5.1.1 Beschreibung des gesamten Patientenkollektivs

Die ausgewertete Datenbank umfasst alle 13280 Patienten, die in den Jahren 1998 bis 2009 in der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee aufgenommen wurden. Das Geschlecht verteilt sich zu 38,2% (n=5070) auf Männer und 61,8% (n=8210) auf Frauen.

	MW (=Mittelwert)	SD (=Standard- abweichung)	ME (=Median)	Min (=Minimum)	Max (=Maximum)
Alter	40,32	12,43	41,00	15,00	85,00

Tabelle 10: Alter im Patientenkollektiv in Jahren

Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 40,32 Jahren (SD=12,43; ME=41,00) (s. Tabelle 10).

Diagnose	Häufigkeit
F0 Organische psychische Störungen	0,8% (n=111)
F1 Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen	9,0% (n=1199)
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1,7% (n=230)
F3 Affektive Störungen	66,5% (n=8832)
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	52,1% (n=6921)
F5 Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	21,6% (n=2873)
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	19,0% (n=2542)
F7 Intelligenzminderung	0,3% (n=34)
F8 Entwicklungsstörungen	0,2% (n=32)
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit	1,2% (n=157)

Tabelle 11: Diagnosespektrum des Patientenkollektivs

Wie in Tabelle 11 dargestellt, teilen sich die Diagnosen im gesamten Patientengut auf das Diagnosespektrum des ICD-10 auf, das in der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee behandelt wird. Der Großteil der gestellten Diagnosen fällt auf affektive Störungen mit 66,5% (n=8832), neurotische, Belastungs- oder

somatoforme Störungen mit 52,1% (n=6921), Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren mit 21,6% (n=2873) und spezifische Persönlichkeitsstörungen mit 19,0% (n=2542). Von einer organischen psychischen Störung sind 0,8% (n=111) der Patienten betroffen, Störungen durch psychotrope Substanzen haben 9,0% (n=1199), an einer schizophrenen bzw. wahnhaften Störung leiden 1,7% (n=230), 0,3% (n=34) sind intelligenzgemindert, 0,2% (n=32) sind entwicklungsgestört und an einer Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit leiden 1,2% (n=157). Da die Diagnosestellung gemäß des Komorbiditätsprinzips erfolgte, sind in der Übersicht auch Patienten mit Mehrfachdiagnosen berücksichtigt.

5.1.2 Beschreibung der untersuchten Gruppen

Von den insgesamt 13280 Patienten weisen 1690, das sind 12,7%, eine Zwangsstörung auf, von denen 1042 Patienten, 61,7%, die Zwangsstörung als Hauptdiagnose und keine komorbide Persönlichkeitsstörung zugeordnet bekommen haben. Die Gruppe der Patienten mit Zwangsstörung als Hauptdiagnose und keiner komorbiden Persönlichkeitsstörung beträgt somit 7,8% (n=1042) des Patientenkollektivs. 1,2% (n=164) der 13280 in der Klinik Windach behandelten Patienten weisen eine anankastische Persönlichkeitsstörung auf. Die zweite untersuchte Gruppe wird gebildet von den Patienten mit einer Zwangsstörung und gleichzeitig auftretender anankastischer Persönlichkeitsstörung. Diese Gruppe besteht aus 61 Patienten, 0,5% des gesamten Patientengutes, und 3,6% der von einer Zwangsstörung Betroffenen (n=1690).

	männlich	weiblich
ZS ohne komorbide PS (n=1042)	42,7 % (n=445)	57,3% (n=597)
ZS und komorbide APS (n=61)	68,9% (n=42)	31,1% (n=19)

Tabelle 12: Geschlechterverteilung

Die untersuchte Gruppe der Patienten besteht aus 1103 Patienten, was 8,3% des Patientenkollektivs (n=13280) entspricht. Die Gruppe setzt sich zusammen aus 1042 (94,5%) Patienten mit Zwangsstörung als Hauptdiagnose ohne komorbide Persönlichkeitsstörung und 61 (5,5%) Patienten mit einer Zwangsstörung und komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung. Wie in Tabelle 12 dargestellt sind

in der Gruppe der Patienten mit Zwangsstörung ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (n=1042) 42,7% (n=445) männlich und 57,3% (n=597) weiblich, in der Gruppe mit Zwangsstörung und komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung (n=61) sind 68,9% (n=42) männlich und 31,1% (n=19) weiblich. Der Chi-Quadrat-Test zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der zugehörigen untersuchten Gruppe und dem Geschlecht ($p < 0,0001$). In der Gruppe der Patienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung sind somit im Verhältnis signifikant mehr männliche als weibliche Patienten als in der Gruppe der Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung.

5.1.2.1 Alter und Krankheitsanamnese

	MW	SD	ME	Min	Max	statistische Signifikanz
ZS ohne komorbide PS (n=1042)	33,80	11,36	32,00	15,00	74,00	$p < 0,0001$
ZS und komorbide APS (n=61)	40,74	9,46	40,00	23,00	62,00	

Tabelle 13: Alter bei Aufnahme in Jahren

Wie in Tabelle 13 ersichtlich unterscheidet sich das Alter bei Klinikaufnahme zwischen den Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung und denen ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung im t-Test für unabhängige Stichproben signifikant ($p < 0,0001$) (95%-KI {-9,85; -4,029}). Die Patienten der ersten Gruppe sind mit im Mittel 33,80 Jahren (SD=11,36; ME=32,00) deutlich jünger, die Patienten der zweiten Gruppe mit komorbider Persönlichkeitsstörung durchschnittlich 40,74 Jahre alt (SD=9,46; ME=40,00 Jahre). Der Therapiebeginn der Patienten mit einer Zwangsstörung und einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung erfolgt also in einem höheren Alter als in der Gruppe der Patienten ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung.

	MW	SD	ME	Min	Max	statistische Signifikanz
ZS ohne komorbide PS (n=1027)	23,31	10,67	21,00	0,00	68,75	$p=0,113$
ZS und komorbide anankastische PS (n=61)	25,54	10,76	23,00	6,00	54,00	

Tabelle 14: Alter bei Krankheitsbeginn in Jahren

In der Gruppe derer ohne komorbide Persönlichkeitsstörung liegt das durchschnittliche Alter bei Beginn der Symptome bei 23,30 Jahren (SD=10,67; ME=21,00 Jahre), in der Gruppe derer mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung bei 25,54 Jahren (SD=10,76; ME=23,00). Hinsichtlich des in Tabelle 14 dargestellten Alters bei Krankheitsbeginn zeigt sich im t-Test für unabhängige Stichproben kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p=0,113$) (95%-KI {-4,99; 0,53}). Zu Symptombeginn sind also weder die Patienten mit anankastischer Persönlichkeitsstörung als komorbide Diagnose noch die Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung signifikant älter oder jünger.

	MW	SD	ME	Min	Max	statistische Signifikanz
ZS ohne komorbide PS (n=1027)	126,40	109,96	96,00	1	700	$p=0,002$
ZS und komorbide APS (n=61)	182,34	133,10	144	11	540	

Tabelle 15: Krankheitsanamnese in Monaten

Die angegebene Dauer der Symptome der Erkrankung liegt in der Gruppe ohne komorbide Persönlichkeitsstörung im Mittel bei 126,40 Monaten (SD=109,957; ME=96,00), in der Gruppe mit anankastischer Persönlichkeitsstörung bei 182,34 Monaten (SD=133,102; ME=144). Dieser Unterschied ist im t-Test für unabhängige Stichproben signifikant ($p=0,002$) (95% KI {-90,66;-21,22}), die Gruppe derer mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung ist also signifikant länger erkrankt. Der signifikante Unterschied in der Dauer der Krankheitsanamnese ergibt sich auch als Konsequenz des ähnlichen Alters bei Krankheitsbeginn und des

signifikant höheren Alters der Patientengruppe mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung bei aktuellem Therapiebeginn.

Die Patienten, die eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung aufweisen, zeigen demzufolge einen signifikant längeren Krankheitsverlauf bis sie der Therapie zugänglich werden.

5.1.2.2 Komorbide Erkrankungen

	ZS ohne komorbide PS (n=1042)	ZS und komorbide APS (n=61)	statistische Signifikanz
F0 (organische psychische Störungen)	0,1% (n=1)	0% (n=0)	$p=0,736$ (Fisher)
F1 (psychische Störungen durch psychotrope Substanzen)	5,1% (n=53)	4,9% (n=3)	$p=0,625$ (Fisher)
F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)	0,9% (n=9)	0% (n=0)	$p=0,598$ (Fisher)
F3 (affektive Störungen)	21,1% (n=220)	27,9% (n=17)	$p=0,212$
F32 (depressive Episode)	7,2% (n=75)	6,6% (n= 4)	$p=0,850$ (Fisher)
F33 (rezidivierende depressive Störung)	10,0% (n=104)	16,4% (n=10)	$p=0,136$ (Fisher)
F41 (andere Angststörungen)	1,2% (n=13)	1,6% (n=1)	$p=0,551$ (Fisher)
F45 (somatoforme Störungen)	3,8% (n=40)	4,9% (n=3)	$p=0,728$ (Fisher)
F50 (Essstörungen)	3,1% (n=32)	3,3% (n=2)	$p=0,712$ (Fisher)

Tabelle 16: Komorbidität mit anderen F-Diagnosen

Im Spektrum der komorbiden Achse-I-Erkrankungen unterscheiden sich wie aus Tabelle 16 ersichtlich die beiden untersuchten Gruppen nicht. Bei keiner der untersuchten Diagnosen besteht ein signifikanter Unterschied im komorbiden Auftreten der jeweiligen Diagnose gleichzeitig mit den Diagnosen der untersuchten Gruppen.

Bei einer zusätzlich zur Zwangsstörung diagnostizierten anankastischen Persönlichkeitsstörung treten keine zusätzlichen psychischen Erkrankungen häufiger

auf als bei einer Zwangsstörung ohne komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung.

5.2 Untersuchung der spezifischen Komorbidität anankastische Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung

	F60.5 APS vorhanden (n=164)	F60.5 APS nicht vorhanden (n=13116)	Gesamt
F42 (ZS insgesamt) vorhanden (n=1690)	61 (37,2% der Patienten mit APS) (3,6% der Patienten mit ZS)	1629	1690
F 42 (ZS insgesamt) nicht vorhanden (n=11590)	103	11487	11590
Gesamt	164	13116	13280

Tabelle 17: Komorbidität ZS und APS

Bei Betrachtung (s. Tabelle 17) der Gruppe der an einer Zwangsstörung Erkrankten (n=1690) zeigt sich, dass 6,9% (n=61) dieser Patienten auch eine anankastische Persönlichkeitsstörung aufweisen. Von den Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (n=164) wird bei 37,2% (n=61) auch die Diagnose einer Zwangsstörung gestellt. Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$) zwischen dem Auftreten einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und einer Zwangsstörung.

5.2.1 Komorbidität Zwangsstörung und Persönlichkeitsstörungen insgesamt

Um die Frage zu klären, ob dieser Zusammenhang auch mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder speziell zwischen der Zwangsstörung und der anankastischen Persönlichkeitsstörung besteht, wurde das Auftreten einer Zwangsstörung gleichzeitig mit anderen Persönlichkeitsstörungen mittels Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Test getestet.

	Komorbidität mit F42 (ZS) (n= 1690)	% innerhalb ZS insg.	statistische Signifikanz
F60 spezifische PS insgesamt (n=2524; 100%)	322	19,1%	$p=0,958$
F60.0 paranoide PS (n=37; 1,5% Anteil an F60)	13	0,8%	$p<0,0001$ (Fisher)
F60.1 schizoide PS (n=21; 0,8%)	1	0,1%	$p=0,507$ (Fisher)
F60.2 dissoziale PS (n=7; 0,3%)	0	0,0%	$p=0,606$ (Fisher)
F60.3 emotional-instabile PS (n=672; 26,6%)	53	3,1%	$p<0,0001$
F60.4 histrionische PS (n=340; 13,5%)	37	2,2%	$p=0,301$
F60.5 anankastische PS (n=164; 6,5%)	61	3,6%	$p<0,0001$
F60.6 ängstliche PS (n=481; 19,1%)	60	3,6%	$p=0,866$
F60.7 abhängige PS (n=279; 11,1%)	38	2,2%	$p=0,651$
F60.8 sonstige PS (n=506; 20,0%)	59	3,5%	$p=0,463$
F60.9 nicht näher benannte PS (n=70; 2,7%)	7	0,4%	$p=0,493$

Tabelle 18: Komorbidität ZS und PS

Tabelle 18 stellt die Aufteilung der komorbide zu einer Zwangsstörung diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen dar. Da die Diagnosestellung gemäß dem Komorbiditätsprinzip erfolgte, sind in der Übersicht auch Patienten mit Mehrfachdiagnosen berücksichtigt. Ein grundsätzlich signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Zwangsstörung (F42) (n=1690) mit einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (F60) (n=2524) (Auftreten einer komorbiden

Persönlichkeitsstörung bei einer Zwangsstörung, n=322) getestet im Chi-Quadrat-Test besteht nicht ($p=0,958$).

Die *paranoide Persönlichkeitsstörung* (F60.0) (n=37) tritt komorbide bei 13 Patienten, also 0,8% der Patienten mit Zwangsstörung (n=1690), auf, somit lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem gleichzeitigen Auftreten im exakten Test nach Fisher feststellen ($p<0,0001$). Auch die bei 53 der Zwangspatienten (3,1%) vorhandene *emotional-instabile Persönlichkeitsstörung* (F60.3) (n=672) tritt signifikant häufiger in Zusammenhang mit einer Zwangsstörung auf ($p<0,0001$). Ebenso besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der *anankastischen Persönlichkeitsstörung* (F60.5) und der Zwangsstörung: 3,6% (n=61) der Zwangspatienten weisen komorbide eine anankastische Persönlichkeitsstörung auf ($p<0,0001$).

Kein signifikanter Zusammenhang der Zwangsstörung besteht zu den anderen Persönlichkeitsstörungen. Nur einer der Zwangspatienten (0,1%) weist eine komorbide *schizoide Persönlichkeitsstörung* (F60.1) auf ($p=0,507$), die *dissoziale Persönlichkeitsstörung* (F60.2) findet sich bei keinem der Zwangspatienten (0,0%), die *histrionische Persönlichkeitsstörung* (F60.4) tritt bei 37 Zwangspatienten (2,2%) komorbide auf ($p=0,301$), die *ängstliche Persönlichkeitsstörung* (F60.6) wird bei 60 Zwangspatienten (3,6%) komorbide diagnostiziert ($p=0,866$). Bei 38 Patienten (2,2%) findet sich eine *abhängige Persönlichkeitsstörung* (F60.7) ($p=0,651$) und bei 59 Zwangspatienten (3,5%), trifft die Diagnose *sonstige Persönlichkeitsstörungen* (F60.8) zu ($p=0,463$).

Die anankastische Persönlichkeitsstörung und die ängstliche Persönlichkeitsstörung sind somit die Persönlichkeitsstörungen, die bei den mit einer Zwangsstörung diagnostizierten Patienten am häufigsten auftreten (beide jeweils 3,6% der Zwangspatienten). Allerdings ist dieser Zusammenhang nur für die anankastische Persönlichkeitsstörung von signifikanter Bedeutung. Somit ist die anankastische Persönlichkeitsstörung die Persönlichkeitsstörung, die signifikant am häufigsten komorbide zu einer Zwangsstörung diagnostiziert wird.

5.2.2 Komorbidität anankastische Persönlichkeitsstörung und andere F-Diagnosen

	Anteil der jeweiligen Komorbidität an Gesamtzahl der F60.5 (APS)(n=164)	statistische Signifikanz	Anteil an Diagnosen gesamt (n= 13280)
F0 organische psychische Störungen (n=111)	1,8% (n=3)	$p=0,158$ (Fisher)	0,8%
F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotropen Substanzen (n=1199)	3,7% (n=6)	$p=0,016$	9%
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung (n=230)	0% (n=0)	$p=0,122$ (Fisher)	1,7%
F3 affektive Störung (n=8832)	59,1% (n=97)	$p=0,044$	66,5%
F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (n=6921)	55,5% (n=91)	$p=0,384$	52,1%
F41 andere Angststörungen (n=1093)	3,7% (n=6)	$p=0,046$	7,8%
F42 Zwangsstörungen insgesamt (n=1690)	37,2% (n=61)	$p<0,0001$	12,7%
<i>F42.0 Zwangsgedanken oder Grübelzwang (n=194)</i>	1,8% (n=3)	$p=0,519$ (Fisher)	1,5%
<i>F42.1 Zwangshandlungen (n=415)</i>	10,4% (n=17)	$p<0,0001$	3,1%
<i>F42.2 Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (n=1070)</i>	25,0% (n=41)	$p<0,0001$	8,1%
F45 somatoforme Störungen (n=1853)	11,6% (n=19)	$p=0,379$	14%
F5 Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (n=2873)	14,0% (n=23)	$p=0,017$	21,6%
F50 Essstörungen (n=1634)	3,7 % (n=6)	$p=0,001$	12,3%

Tabelle 19: Komorbidität der APS

Tabelle 19 zeigt das Komorbiditätsspektrum der anankastischen Persönlichkeitsstörung. Da die Diagnosestellung gemäß dem Komorbiditätsprinzip erfolgte, sind auch Patienten mit Mehrfachdiagnosen berücksichtigt.

Die komorbide zu einer anankastischen Persönlichkeitsstörung am häufigsten gestellten Diagnosen sind die bei 97 Patienten komorbide gestellten affektiven Störungen (F3) (59,1%) und die bei 91 Patienten diagnostizierten neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) (55,5%). Innerhalb der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen ist besonders der hohe Anteil an Diagnosen von Zwangsstörungen komorbide zur anankastischen Persönlichkeitsstörung auffällig (37,2%; $p<0,0001$). Von den unterschiedlichen Unterformen der Zwangsstörung besteht kein signifikanter Zusammenhang mit den Zwangsgedanken ($p=0,519$), sondern nur mit der gemischten Form ($p<0,0001$) und den Zwangshandlungen ($p<0,0001$). Des Weiteren findet sich bei sechs der Patienten (3,7%) mit anankastischer Persönlichkeitsstörung auch eine psychische Störung durch psychotrope Substanzen (F1) ($p=0,016$), und bei sechs Patienten eine andere Angststörung (F41) (3,7%) ($p=0,046$). Außerdem zeigt sich ein Zusammenhang der anankastischen Persönlichkeitsstörung mit Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (F5), 23 der Patienten (14%) mit anankastischer Persönlichkeitsstörung sind auch von einer F5-Diagnose betroffen ($p=0,017$), von Essstörungen (F50) sechs Patienten (3,7%) der Patienten mit anankastischer Persönlichkeitsstörung ($p=0,001$).

Andere Erkrankungen aus dem Spektrum der F-Diagnosen treten also häufig gleichzeitig mit der anankastischen Persönlichkeitsstörung auf. Unter anderem ist auch die Zwangsstörung signifikant häufig ($p<0,0001$) zusammen mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung zu finden.

5.3 Untersuchung der Daten aus den Akten der Patientenstichprobe

Die zur Untersuchung der Akten ausgewählte Stichprobe von 86 Patienten setzt sich zusammen aus 47 Patienten (54,7%) mit Zwangsstörung ohne komorbide Persönlichkeitsstörung und 39 Patienten (45,3%) mit Zwangsstörung und komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung.

5.3.1 YBOCS-Zwangskategorien

	ZS ohne komorbide PS (n=47)	ZS und komorbide APS (n=39)	statistische Signifikanz
Sammeln	0% (n=0)	20,5% (n=8)	$p=0,001$ (Fisher)
Symmetrie	27,7% (n=13)	35,9% (n=14)	$p=0,413$
Verbotene Gedanken	68,1% (n=32)	89,7% (n=35)	$p=0,016$
Sauberkeit	60,9% (n=26)	46,2% (n=18)	$p=0,175$

Tabelle 20: Zwangskategorien

Die jeweiligen Zwangssymptome der Patienten wurden zuerst in Systemkategorien entsprechend der in Kapitel 1.3.1.2.4 erwähnten Metaanalyse von Bloch et al. (2008) eingeteilt.

Tabelle 20 zeigt, dass nach Bestimmung der vier Zwangskategorien entsprechend der YBOCS-Systemkategorien ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen in der Art der Zwänge in der Kategorie Sammeln ($p=0,001$) und Verbotene Gedanken ($p=0,016$) besteht. Keiner der Patienten der Gruppe der Zwangsstörung ohne komorbide Persönlichkeitsstörung, aber acht Patienten (20,5%) der Gruppe mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung weisen die Zwangskategorie Sammeln auf ($p=0,001$). In der Zwangskategorie Verbotene Gedanken finden sich 32 Patienten (68,1%) ohne komorbide Persönlichkeitsstörung und 35 Patienten (89,7%) mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung ($p=0,016$). In den Symptomkategorien Symmetrie ($p=0,413$) und Sauberkeit ($p=0,175$) zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen.

Die Zwangskategorie Sammeln findet sich demzufolge nur in der Gruppe mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung, die Kategorie Verbotene

Gedanken findet sich in beiden Gruppen, allerdings signifikant häufiger in der Gruppe mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung.

	1	2	3	4	statistische Signifikanz
ZS ohne komorbide PS (n=46)	50% (n=23)	45,7% (n=21)	4,3% (n=2)	0,0% (n=0)	$p=0,089$
ZS und APS (n=39)	33,3% (n=13)	46,2% (n=18)	15,4% (n=6)	5,1% (n=2)	

Tabelle 21: Anzahl Symptomkategorien

In Tabelle 21 ist die Anzahl der gleichzeitig vorhandenen Symptomkategorien dargestellt. In keiner der beiden untersuchten Gruppen treten signifikant mehr oder weniger Symptomkategorien parallel auf ($p=0,089$). In der Gruppe der Zwangspatienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung treten am häufigsten eine (50%) oder zwei (45,7%) Symptomkategorien parallel auf, in der Gruppe der Zwangspatienten mit anankastischer Persönlichkeitsstörung ebenso entweder eine (33,3%) oder am häufigsten zwei Symptomkategorien (46,2%).

5.3.2 Krankheitsanamnese

	MW	SD	ME	Min	Max	statistische Signifikanz
ZS ohne komorbide PS (n=47)	8,50	6,62	8,00	0,25	26,00	$p=0,014$
ZS mit APS (n=39)	13,02	9,44	10,00	1,00	45,00	

Tabelle 22: Krankheitsanamnese in Jahren

Tabelle 22 zeigt die Dauer der Krankheitsanamnese, das heißt die Dauer der Hauptbeschwerden, in Jahren. Sie beschreibt wie lange die Beschwerden zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits bestehen. In der Gruppe der Patienten mit Zwangsstörung und komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung (n=39) liegt der Mittelwert bei 13,02 Jahren (SD=9,44; ME=10,00 Jahre), in der Gruppe der Patienten mit Zwangsstörung ohne komorbide Persönlichkeitsstörung bei 8,50 Jahren (SD=6,621; ME=8,00 Jahre). Die Länge der Krankheitsanamnese unterscheidet sich abhängig von dem Auftreten einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung statistisch signifikant ($p=0,014$) (95%-KI {-8.107; -0,944}).

Hier bestätigt sich die Auffälligkeit der Untersuchung des gesamten Patientenguts, dass die Untergruppe der Patienten mit anankastischer Persönlichkeitsstörung als komorbide Diagnose signifikant länger erkrankt ist, bevor es zum aktuellen Aufenthalt kommt.

5.3.3 Verlauf der YBOCS-Werte

YBOCS		MW	SD	ME	Min	Max	statistische Signifikanz
Aufnahme	ZS ohne komorbide PS (n=47)	21,81	7,89	21,00	7,00	39,00	$p=0,235$
	ZS mit APS (n=37)	23,68	6,68	25,00	9,00	36,00	
vor Flooding	ZS ohne komorbide PS (n=37)	20,54	21,00	7,76	5,00	34,00	$p=0,629$
	ZS mit APS (n=24)	21,50	20,00	7,17	12,00	37,00	
nach Flooding	ZS ohne komorbide PS (n=36)	14,36	14,00	6,63	5,00	33,00	$p=0,075$
	ZS mit APS (n=24)	17,46	15,50	6,22	9,00	36,00	
Entlassung	ZS ohne komorbide PS (n=47)	13,47	6,75	13,00	0,00	30,00	$p=0,236$
	ZS mit APS (n=37)	15,14	5,81	14,00	8,00	36,00	

Tabelle 23: Verlauf der YBOCS-Werte

Tabelle 23 zeigt den Verlauf der YBOCS-Werte im Laufe der Therapie jeweils zugeordnet zu den beiden untersuchten Gruppen. Die YBOCS-Werte der Gruppe mit der Diagnose einer Zwangsstörung ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (n=47) liegen zwischen 7,00 und 39,00 Punkten bei einem Mittelwert von 21,81 Punkten (SD=7,89, ME=21,00), die Werte der Gruppe mit der Diagnose einer Zwangsstörung plus komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung (n=37) in einem Bereich von 9,00 bis 36,00 Punkten und im Mittel bei 23,68 Punkten (SD=6,68, ME=25,00). Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,235$) (95%-KI {-4,446; 1,112}).

Die YBOCS-Werte der Patienten, die zu einem Flooding bereit waren, unterscheiden sich zu Beginn des Floodings nicht signifikant ($p=0,629$) (95%-KI {-4,913; 2,994}). Bei

den Zwangspatienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (n=37) beträgt der Mittelwert der YBOCS-Werte 20,54 Punkte bei einer Spannweite zwischen 5,00 und 34,00 Punkten (SD=7,76; ME=21,00), bei den Zwangspatienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung (n=24) liegt der Mittelwert bei 21,50 Punkten mit einer Spannweite von 12,00 bis 37,00 Punkte (SD=7,17; ME=20,00).

Nach dem Flooding liegen die YBOCS-Werte der Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (n=36) zwischen 5,00 und 33,00 Punkten und im Mittel bei 14,36 Punkten (SD=6,63; ME=14,00). Die YBOCS-Werte der Patienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung (n=24) liegen bei durchschnittlich 17,46 Punkten mit einer Spannweite von 9,00 bis 36,00 Punkten (SD=6,22; ME=15,50). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,075$) (95%-KI {-6,512; 0,317}).

Auch im Vergleich der YBOCS-Werte bei Entlassung zeigt sich kein signifikanter Unterschied der beiden untersuchten Gruppen im t-Test für unabhängige Stichproben ($p=0,236$) (95%-KI {-4,446; 1,112}). Die Spannweite der Y-BOCS-Werte der Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (n=47) liegt bei Entlassung zwischen 0,00 und 30,00 Punkten und im Mittel bei 13,47 Punkten (SD=6,75; ME=13,00), in der Gruppe der Patienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung (n=37) im Mittel bei 15,14 Punkten mit einer Spannweite von 8,00 bis 36,00 Punkten (SD=5,81; ME=14,00).

	MW	SD	ME	Min	Max	statistische Signifikanz
ZS ohne komorbide PS (n=47)	8,34	8,03	7,00	-5,00	35,00	$p=0,903$
ZS mit komorbider APS (n=37)	8,54	6,68	10,00	-5,00	20,00	

Tabelle 24: Differenz der YBOCS-Werte zwischen Aufnahme und Entlassung

In Tabelle 24 sind die gruppenabhängigen Differenzen der YBOCS-Werte hinsichtlich Verbesserung des Schweregrads der Zwangsstörung dargestellt. In der Gruppe ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (n=47) liegt der Mittelwert der Veränderung der YBOCS-Werte bei 8,34 Punkten mit einer Spannweite von einer Verschlechterung der Zwangsstörung um 5,00 Punkte bis zu einer Verbesserung um 35,00 Punkte

(SD=8,03; ME=7,00). In der Gruppe mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung erfolgt im Mittel eine Verbesserung um 8,54 Punkte, mit einer Spannweite von einer Verschlechterung um 5,00 Punkte bis zu einer Verbesserung um 20,00 Punkte (SD=6,68; ME=10,00). Der Schweregrad der Zwangsstörung verbessert sich im Verlauf der Therapie in beiden Gruppen in ähnlichem Ausmaß, es besteht kein signifikanter Unterschied ($p=0,903$) (95%-KI {-3,463; 3,063}).

Es lässt sich somit kein Unterschied im Schweregrad der Zwangsstörung feststellen, beide Gruppen weisen sowohl zu Beginn der Therapie als auch zu Therapieende ähnliche Werte auf der YBOCS-Schweregradskala auf. Auch der Verlauf der YBOCS-Werte während der Therapie unterscheidet sich nicht signifikant, sowohl die Symptome der Patienten mit anankastischer Persönlichkeitsstörung als auch die der Patienten ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung bessern sich im Therapieverlauf in ähnlichem Ausmaß.

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es erfolgte die Auswertung der bei Aufnahme und im Verlauf der Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee erfassten Daten der von 1998 bis 2009 aufgenommenen 13280 Patienten.

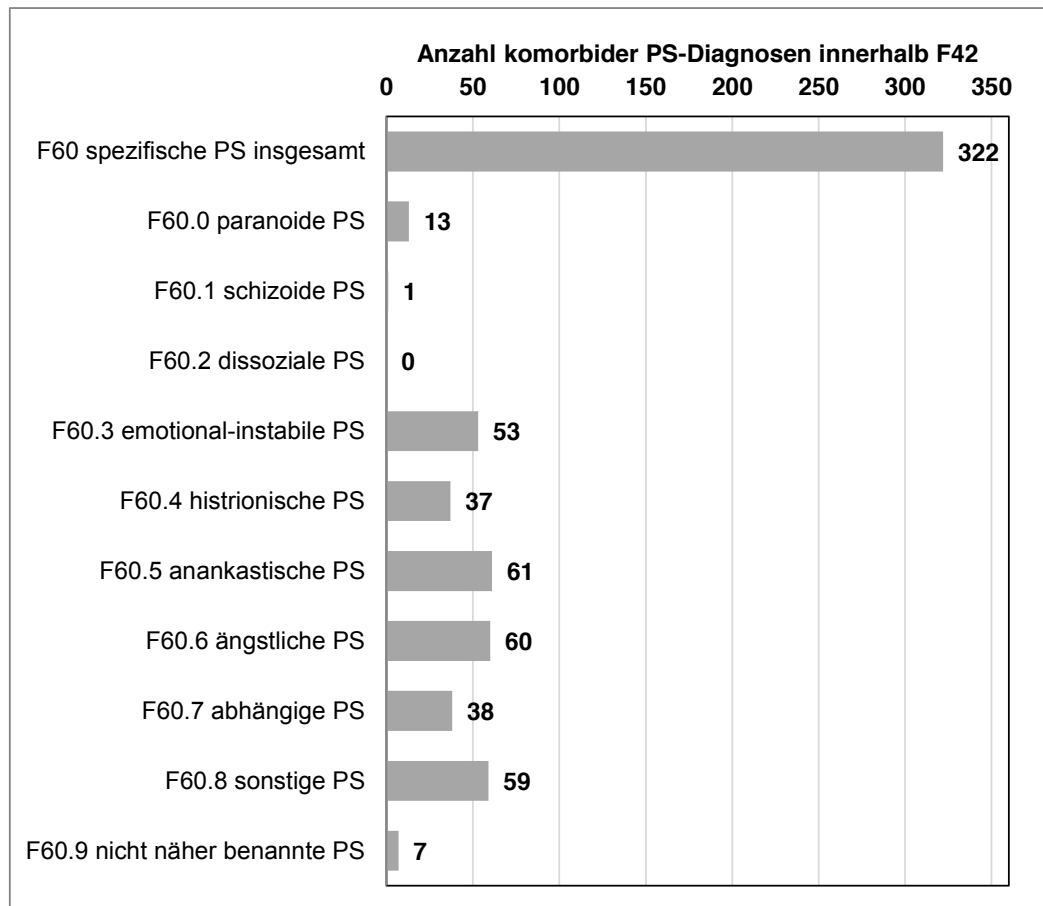


Abbildung 7: Absolute Anzahl komorbider PS-Diagnosen innerhalb der ZS (F42) (n=1690)

Abbildung 7 zeigt die Verteilung der Diagnosen an Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Zwangsstörung.

	Komorbidität mit F42 (ZS) (n= 1690)	% innerhalb ZS insg.	statistische Signifikanz
F60.0 paranoide PS (n=37)	13	0,8%	$p<0,0001$ (Fisher)
F60.3 emotional-instabile PS (n=672)	53	3,1%	$p<0,0001$
F60.5 anankastische PS (n=164)	61	3,6%	$p<0,0001$
F60.6 ängstliche PS (n=481)	60	3,6%	$p=0,866$

Tabelle 25: Komorbidität ZS und ausgewählte PS

Wie in Tabelle 25 zusammengefasst weisen 3,6% der Patienten mit einer Zwangsstörung auch eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung auf ($p<0,0001$). Die anankastische Persönlichkeitsstörung ist zusammen mit der ängstlichen Persönlichkeitsstörung (3,6%) die häufigste komorbide zur Zwangsstörung diagnostizierte Persönlichkeitsstörung, allerdings besteht von diesen beiden nur zwischen anankastischer Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung ein signifikanter Zusammenhang. Ein signifikanter Zusammenhang besteht außerdem zwischen dem Auftreten einer Zwangsstörung und der paranoiden Persönlichkeitsstörung (0,8%; $p<0,0001$) und der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (3,1%; $p<0,0001$).

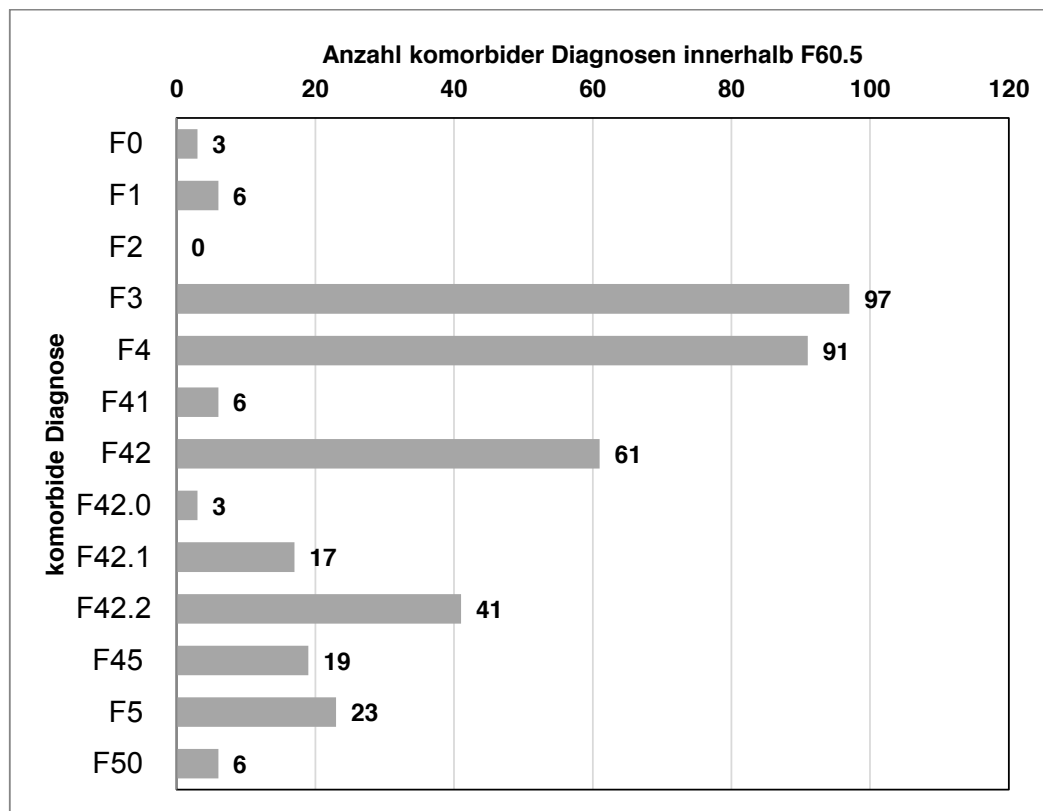


Abbildung 8: Absolute Anzahl komorbider Diagnosen innerhalb der APS (F60.5) (n=164)

Das in Abbildung 8 dargestellte Komorbiditätsspektrum der anankastischen Persönlichkeitsstörung zeigt auch eine häufige Komorbidität mit den Zwangsstörungen. Bei 37,2% der Patienten mit der Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (F60.5) wird auch eine Zwangsstörung diagnostiziert ($p < 0,0001$), ein Zusammenhang besteht vor allem zur Diagnose einer Zwangsstörung mit Zwangshandlungen (F42.1) ($p < 0,0001$) und Zwangshandlungen und –gedanken gemischt (F42.2) ($p < 0,0001$). Zu anderen psychischen Erkrankungen besteht ebenfalls ein signifikant häufiger Zusammenhang im gleichzeitigen Auftreten, wie zum Beispiel zu affektiven Erkrankungen (F3) ($p = 0,044$), Essstörungen (F50) ($p = 0,001$) und psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) ($p = 0,016$). Die Komorbidität mit einer F1-Diagnose (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) ist eigentlich ein Ausschlusskriterium, es handelt sich bei dieser Komorbidität um einen Bias durch erst im Verlauf hinzugekommene Diagnosen.

Es besteht also ein signifikanter Zusammenhang im gleichzeitigen Auftreten der Zwangsstörung komorbide zur anankastischen Persönlichkeitsstörung, jedoch treten auch andere psychische Erkrankungen häufig komorbide zur anankastischen Persönlichkeitsstörung auf.

Der Vergleich der Gruppe mit der Diagnose einer Zwangsstörung ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung ($n=1042$) mit der Gruppe mit der Diagnose einer Zwangsstörung und einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung ($n=61$) zeigt einen signifikanten Unterschied in der Geschlechterverteilung ($p=0,000$). In der Gruppe ohne komorbide Persönlichkeitsstörung sind 42,7% ($n=445$) männlich und 57,3% ($n=597$) weiblich, in der Gruppe mit anankastischer Persönlichkeitsstörung sind 68,9% ($n=42$) männlich und 31,1% ($n=19$) weiblich.

Auffällig ist zudem, dass die Gruppe der Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung bei Therapiebeginn signifikant jünger ist ($MW=33,80$ Jahre) als die Gruppe derer mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung ($MW=40,74$ Jahre) ($p<0,0001$). Das Alter bei Krankheitsbeginn liegt in beiden Gruppen hingegen in einem ähnlichen Bereich ($p=0,113$). Daraus ergibt sich auch ein signifikanter Unterschied in der Länge der Krankheitsanamnese ($p=0,002$) bis aktuellen Klinikaufenthalt. Hinsichtlich anderer komorbider psychischer Erkrankungen unterscheiden sich die beiden untersuchten Gruppen nicht, es wird in keiner der beiden Gruppen zusätzlich zu den gruppendifinierenden Variablen eine weitere komorbide Erkrankung seltener oder häufiger festgestellt.

Für eine genauere Untersuchung wurde eine Stichprobenauswahl von 47 Zwangspatienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (54,7%) und 39 Zwangspatienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung (45,3%) getroffen. Nach Auswahl dieser Stichprobe erfolgt die Betrachtung der Akten dieser Patienten beider Gruppen. Der signifikante Unterschied in der Länge der Krankheitsanamnese lässt sich in dieser Auswahl reproduzieren ($p=0,014$).

Eine Unterteilung in die einzelnen Zwangskategorien und deren Auswertung zeigt, dass nur bei den Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung die Zwangskategorie Sammeln (20,5%; $p=0,001$) auftritt. Auch die Zwangskategorie Verbotene Gedanken tritt mit 89,7% signifikant häufiger

($p=0,016$) bei den Zwangspatienten mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung als in der Gruppe ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (68,1%) auf. In den Zwangskategorien Sauberkeit ($p=0,175$) und Symmetrie ($p=0,413$) findet sich kein signifikanter Unterschied. In der Anzahl der gleichzeitig vorhandenen Zwangskategorien findet sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p=0,089$), es treten in keiner der beiden Gruppen mehr oder weniger Zwangskategorien gleichzeitig auf als in der anderen Gruppe.

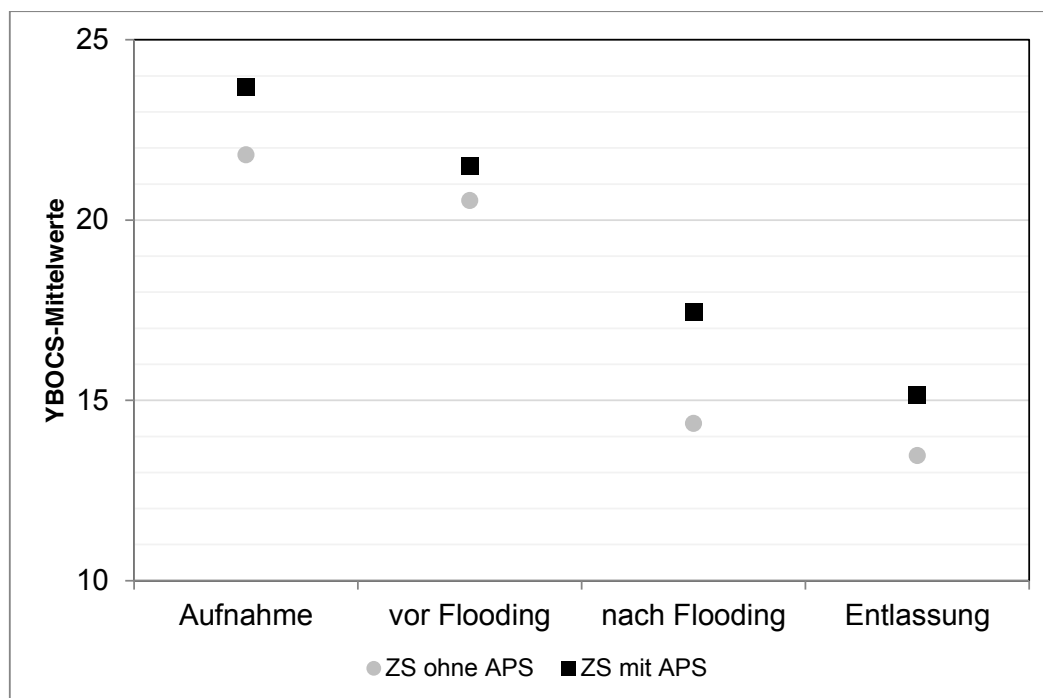


Abbildung 9: Darstellung des Verlaufs der YBOCS-Mittelwerte

Abbildung 9 zeigt die Mittelwerte der im Verlauf der Therapie erhobenen YBOCS-Werte vom Aufnahmezeitpunkt über den Floodingzeitraum bis zur Entlassung. Der Verlauf der YBOCS-Werte von Aufnahme über Flooding bis zur Entlassung unterscheidet sich zwischen den Gruppen nicht in einem signifikanten Ausmaß ($p=0,235$; $p=0,629$; $p=0,075$; $p=0,236$). Die Differenz von Aufnahme bis Entlassung ist in beiden Gruppen in einem ähnlichen Bereich: die Zwangspatienten ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung verbessern sich im Therapieverlauf im Mittel um 8,34 Punkte auf der YBOCS-Schweregradskala, die mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung um 8,54 Punkte ($p=0,903$).

6 Diskussion

6.1 Diskussion der Methodik

Eine Schwachstelle der Methodik ist sicherlich die Erfassung der Daten aus Arztbriefen und Aktenmitschriften anstelle einer zuverlässigen standardisierten Erfassung direkt beim Patienten. Allerdings ist davon auszugehen, dass es auch im Sinne der behandelnden Therapeuten lag, die Daten zuverlässig und möglichst standardisiert zu erfassen. Auch die Erfassung der Daten im BaDo-System erfolgte zum Teil durch die Therapeuten und zum Teil durch die Patienten. Eine bewusste Beeinflussung der untersuchten Variablen durch individuelle Einschätzungsgewohnheiten und Bewertung ist somit nicht zu vermeiden. Die Diagnosestellung im klinischen Setting erfolgte durch das klinische Interview. Die Zuverlässigkeit der gestellten Diagnose ist demzufolge abhängig von dem Diagnostikverhalten der Ärzte und Psychologen. Die Ärzte und Psychologen der Klinik Windach sind allerdings so geschult, dass alle für das Gesamtbild wichtigen Diagnosen erfasst werden. Sie folgen diagnostisch streng den ICD-10 Kriterien. Zudem erfolgt die Diagnosestellung immer als klinische Konsensusdiagnose in Rücksprache mit dem jeweils zuständigen leitenden Oberarzt und Psychologen in regelmäßigen Supervisionen, diese halten wiederum Rücksprache mit dem Chefarzt bei Unklarheiten, weswegen eine gewisse Validität der Diagnosen gegeben ist. Was die durch die Patienten selbst angegebenen Daten angeht, ist das BaDo-Erfassungssystem, das von den Patienten ausgefüllt wird, so gestaltet, dass es auch für Laien gut verständlich ist. Allerdings ist dennoch eine gewisse Uneinheitlichkeit der Diagnosestellung und der BaDo-Erfassung nicht auszuschließen. Aufgrund des Schwerpunktes der Therapie von Zwangsstörungen in der Psychosomatischen Klinik Windach kann davon ausgegangen werden, dass Zwangsstörungen aufgrund der erfahrenen Diagnostiker zuverlässig erkannt werden. Die Diagnose der anankastischen Persönlichkeitsstörung wird erst bei klinisch beeinträchtigenden Symptomen vergeben und nicht bereits bei subklinischen Symptomen wie bei der Erfassung mit standardisierten Interviews. Daraus ergeben sich erfahrungsgemäß um Einiges niedrigere Komorbiditätswerte als bei der Untersuchung mithilfe von standardisierten Interviews (Ruppert et al., 2007, Zaudig, 2011a). Fydrich et al. (1996) bezeichnen die klinisch gestellten Konsensusdiagnosen als „konservativere

Einschätzung“ im Vergleich zu den Diagnosen und Ergebnissen, die mithilfe standardisierter Interviews gestellt werden. Bei der klinischen Diagnosestellung werden vorwiegend die beeinträchtigenden Diagnosen mit Krankheitswert gestellt. Subklinische Symptome wie bei der Erfassung mittels standardisierter Interviews werden nicht berücksichtigt.

Die statistische Zuverlässigkeit der Vergleichstests wie Chi-Quadrat- und Fischer-Test ist aufgrund der stark unterschiedlichen Gruppengröße der miteinander verglichenen Gruppen kritisch zu betrachten. Da die Zahl an Patienten mit einer Zwangsstörung die derer mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung um ein Vielfaches übersteigt, wurde eine Auswahl an Zwangspatienten getroffen, die in diese Arbeit miteinbezogen wurde. Daher beinhaltet die Gruppe der Zwangspatienten ohne Persönlichkeitsstörung nur Patienten mit einer Zwangsstörung als Hauptdiagnose. So wird erreicht, dass die Stichprobengröße sich annähert und auch die Durchführung statistischer Test möglich ist.

Nur die Durchführung einer retrospektiven Studie ermöglicht die Untersuchung mit Signifikanztestung, da bei einer prospektiven Durchführung aufgrund der niedrigen Prävalenz des komorbiden Auftretens der beiden Störungen ein sehr langer Untersuchungszeitraum notwendig wäre, um genügend Patienten mit der untersuchten Komorbidität zu erfassen. Allerdings verhindert eine retrospektive Untersuchung natürlich die Anwendung standardisierter und validierter Diagnostik, weshalb die Ergebnisse unter Vorbehalt betrachtet werden müssen. Eine gewisse Verzerrung durch Änderung der Diagnosegewohnheiten im Verlauf der Studie oder neue Abrechnungsvorschriften der Krankenkassen ist nicht auszuschließen.

Aufgrund der retrospektiven nicht standardisierten Erhebung kann anhand dieser Ergebnisse keine endgültige Aussage getroffen werden, die Zahlen können jedoch interpretiert werden und zumindest der klinisch-diagnostische Anteil an Patienten mit beiden Erkrankungen kann untersucht werden. Dies ermöglicht Aussagen über klinisch relevante Parameter wie YBOCS-Werte und einen Vergleich der klinisch auffälligen Patienten sowie eine Bewertung im Sinne einer Interpretation.

6.2 Einordnung der Ergebnisse

Die durchgeführte Studie diente zum Einen zur Klärung der Frage, ob die gleichzeitige Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und einer Zwangsstörung im Vergleich zu jeweils anderen komorbiden Erkrankungen auffällig oft gestellt wird und somit ein Zusammenhang im Auftreten der anankastischen Persönlichkeitsstörung und der Zwangsstörung besteht. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Gruppe der Patienten, die komorbide zur Zwangsstörung auch von einer anankastischen Persönlichkeitsstörung betroffen ist, eine spezielle Untergruppe der Zwangsstörungspatienten beschreibt, die sich anhand charakteristischer Merkmale definieren lässt. Dies kann Auswirkungen auf die zukünftige Einordnung des Krankheitsbildes und die jeweiligen Diagnosekriterien haben.

Eine tabellarische Übersicht über die Einordnung der vorliegenden Arbeit in die derzeitige Studienlage ist in Tabelle 26 dargestellt.

	Untersuchungs- methode	Stichprobe an Zwangs- patienten	APS bei Zwangs- patienten	Charakteristika der Untergruppe ZS+APS	YBOCS-Werte (Mittelwerte)
Diaferia 1997	stand. Int. DSM-III-R	n=88	30,7% ($p=0,0009$)	kein Unterschied in YBOCS und Alter/Symptom-beginn	+APS: 25,4 (m)/20,4 (w) -APS: 22,4 (m)/ 24,5 (w)
Mataix-Cols 2000	stand. Int. DSM-III-R	n=75	12,2%	APS häufigste PS bei ZS; signifikante Korrelation von +APS und Symptom „zwanghaftes Sammeln“	
Samuels 2000	stand. Int. DSM-IV	n=72	32,4% ($p<0,001$)	APS einzige signifikant mit ZS korrelierende PS	
Denys 2004	klinisch DSM-IV	n=420	9%	(OR=4,6 für APS im Vergleich zu Allgemein- bevölkerung)	
Coles 2006	stand. Int. DSM-IV	n=238	27%	+APS früherer Beginn der ZS; kein Unterschied im Schweregrad	+APS: 24,31 -APS: 22,81
Pinto 2006	stand. Int. DSM-IV	n=293	24,7%	APS häufigste PS bei ZS	
Ruppert 2007	klinisch ICD-10	n=864	3,0%	APS bei ZS häufiger als bei anderen Achse-I- Erkrankungen	
Garryfallos 2009	stand. Int. DSM-IV	n=146	31%	+APS früherer Symptombeginn; +APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“; kein Unterschied in Schweregrad und Komorbidität	+APS: 22,91 -APS: 21,42
Lochner 2011	stand. Int. DSM-IV	n=403	34%	+APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“; +APS höherer Schweregrad	+APS: 21,9 -APS: 19,4
Starcevic 2013	stand. Int. DSM-IV	n=148	47,3%	kein Unterschied in Schweregrad; keine demografischen Unterschiede; +APS früherer Symptom- beginn; +APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“	+APS: 23,29 -APS: 21,09
vorliegende Arbeit	klinisch ICD-10	n=1690	3,6% ($p<0,001$)	APS häufigste signifikante PS komorbide zur ZS; +APS häufiger „zwanghaftes Sammeln“; kein Unterschied in Schweregrad; kein Unterschied in Therapieerfolg	+APS: 23,68 -APS: 21,81

Tabelle 26: Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Studienlage

6.2.1 Komorbidität zwischen Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung

Die Prävalenz einer anankastischen Persönlichkeitsstörung komorbide zur Zwangsstörung betrug in dem untersuchten Patientengut 3,6%. Das heißt klinisch wurde bei 3,6% der Zwangspatienten eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dies ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung zur Zwangsstörung. Ebenfalls in 3,6% der Fälle der Zwangsdiagnosen wurde eine ängstliche Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, allerdings zeigte sich bei der ängstlichen Persönlichkeitsstörung kein Zusammenhang mit der Zwangsstörung im Chi-Quadrat-Test. Unter den Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung fand sich bei 37,2% auch eine diagnostizierte Zwangsstörung. Außerdem wurden bei der Vergabe einer Diagnose der anankastischen Persönlichkeitsstörung auch häufig affektive Störungen (F3), psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) und Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (F5) festgestellt. Somit zeigte sich in den untersuchten Daten unter anderem ein Zusammenhang des gleichzeitigen Auftretens einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und einer Zwangsstörung.

Die Diagnosestellung in dieser Untersuchung erfolgte klinisch, das heißt es wurde ausgewertet wie oft Psychologen und Ärzte bei den betroffenen Patienten eine dieser komorbiden Diagnosen stellten. In den meisten anderen Studien, die bisher durchgeführt wurden, erfolgte die Ermittlung der Komorbidität anhand standardisierter Interviews (wie z.B. SCID), was erfahrungsgemäß höhere Komorbiditätsraten ergibt (Ruppert et al., 2007, Fydrich et al., 1996). Die hier ausgewerteten Ergebnisse spiegeln also nur die klinisch auffälligen, relevanten und demzufolge gestellten Diagnosen wider. Das heißt die Häufigkeit von gleichzeitig gestellten Diagnosen der Zwangsstörung und der anankastischen Persönlichkeitsstörung hängt auch von der Aufmerksamkeit und den Gewohnheiten der diagnostizierenden Personen ab. Allerdings ist bei den hier zugrundeliegenden Daten davon auszugehen, dass die Personen, bei denen eine anankastische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, auch klinisch und nicht nur bei exaktem Abfragen in standardisierten Interviews das Bild einer Persönlichkeitsstörung zeigten. In dem klinischen Setting der Klinik Windach wird gemäß des Komorbiditätsprinzips

der ICD-10-Klassifikation Wert darauf gelegt, die Symptomatik der Patienten möglichst vollständig zu erfassen und eine sorgfältige Diagnostik inklusive Persönlichkeitstestung (ADP-IV) durchzuführen.

Dies kann eine Erklärung für den Unterschied zu den hohen Komorbiditätsraten, wie sie zum Beispiel Diaferia et al. (1997) gefunden haben, sein. In deren Auswertung standardisierter Interviews mit 88 Zwangspatienten fand sich bei 30,7% der Zwangspatienten eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu anderen Achse-I-Erkrankungen trat die anankastische Persönlichkeitsstörung ebenso wie in dieser Untersuchung signifikant häufig zusammen mit der Zwangsstörung auf ($p=0,0009$). Eine derart hohe Komorbiditätsrate ist aber vermutlich zurückzuführen auf die Verwendung von Interviewverfahren, die gezielt Persönlichkeitseigenschaften abfragen, ohne Wert auf deren klinische Relevanz zu legen. Eine ähnlich hohe Komorbiditätsrate fanden auch Samuels et al. (2000): in ihrer Untersuchung von 72 Patienten sahen sie im standardisierten Interview bei 32,4% der Patienten die Kriterien einer anankastischen Persönlichkeitsstörung erfüllt. Die anankastische Persönlichkeitsstörung war die signifikant ($p<0,001$) am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung. Diese Ergebnisse spiegeln also den gleichen Trend wie unsere Auswertungen wider. Die Stärke der vorliegenden Arbeit bestand in der deutlich höheren Anzahl untersuchter Patienten. Bei der Untersuchung des klinisch diagnostizierten Komorbiditätsspektrums der 1690 in dieser Arbeit eingeschlossenen Zwangspatienten wurde signifikant häufig die Diagnose einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung gestellt. Die anankastische Persönlichkeitsstörung war in dieser Untersuchung die neben der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung einzige signifikant häufige komorbide Persönlichkeitsstörung und neben der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung die am häufigsten komorbide diagnostizierte. Die Ergebnisse bisheriger Studien, die anhand klinischer Konsensusdiagnosen durchgeführt wurden, bewegen sich etwa im Bereich der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit. Ähnliche Werte ermittelten beispielweise Ruppert et al. (2007) in der Auswertung der Daten der Klinik Windach von 1998-2005. In ihrer Auswertung der klinisch gestellten Diagnosen trat die anankastische Persönlichkeitsstörung mit 3% zusammen mit der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ebenfalls 3%) am häufigsten

komorbide zu einer Zwangsstörung auf. Denys et al. (2004) fanden bei der Untersuchung der klinischen Diagnosen von 420 Zwangspatienten bei 9% eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung.

Auch im umgekehrten Sinne, also bei der Betrachtung des Komorbiditätsspektrums der anankastischen Persönlichkeitsstörung fanden Konermann et al. (2006) bei der Auswertung des Datenpools von 17 psychosomatischen Kliniken und der Untersuchung der Achse-I-Diagnosen, die komorbide zu Persönlichkeitsstörungen gestellt wurden, eine Komorbiditätsrate von 13,3% an Zwangsstörungen. Somit setzte sich die anankastische Persönlichkeitsstörung in ihrer Prävalenz der Komorbidität einer Zwangsstörung deutlich von den anderen Persönlichkeitsstörungen ab ($p < 0,0001$). Die Diagnosestellung erfolgte wie auch in dieser Arbeit klinisch. Allerdings lag die Prävalenz einer Zwangsstörung bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung mit 37,2% in dieser Arbeit deutlich höher und stellte auch einen signifikanten Anteil ($p < 0,0001$) dar. Jedoch traten auch andere Achse-I-Erkrankungen wie Essstörungen (F50) ($p = 0,0001$), psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) ($p = 0,016$), affektive Störungen (F3) ($p = 0,016$) und andere Angststörungen (F41) ($p = 0,046$) signifikant häufig zusammen mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung auf. Hinsichtlich der Häufigkeit der komorbide zur anankastischen Persönlichkeitsstörung diagnostizierten Zwangsstörung fanden auch Eisen et al. (2006) niedrigere Werte als in dieser Arbeit ermittelt. In der Auswertung von 262 Patienten mit einer diagnostizierten anankastischen Persönlichkeitsstörung zeigten sich dort bei 20% auch die Kriterien einer Zwangsstörung erfüllt, was einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem gleichzeitigen Auftreten dieser beiden Erkrankungen darstellt ($p < 0,0001$). Diese Zahlen zeigen zwar den gleichen Trend, liegen aber unterhalb der Prävalenz von 37,2%, die in dieser Arbeit ermittelt wurde.

6.2.2 Charakteristika der Untergruppe der Patienten mit Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung

Zur Klärung der Frage, ob eine anankastische Persönlichkeitsstörung als komorbide Erkrankung zur Zwangsstörung eine spezielle Untergruppe definiert, wurden die beiden Gruppen hinsichtlich einiger interessanter Merkmale untersucht.

Bei genauerer Untersuchung der Gruppen jeweils mit und ohne komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung stellte sich heraus, dass es einige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab. Die Länge der Krankheitsanamnese bis zu Beginn des aktuellen Aufenthalts unterschied sich abhängig von dem Auftreten einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung signifikant. Die Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung waren zum Zeitpunkt des Therapiebeginns signifikant länger erkrankt und zu diesem Zeitpunkt signifikant älter. Dies könnte daran liegen, dass im Rahmen einer anankastischen Persönlichkeitsstörung die Zwangssymptomatik länger als ich-synton empfunden wird, ein Leidensdruck erst nach längerer Zeit auftritt und somit die Ich-Dystonie der Zwangssymptomatik bei einer Zwangserkrankung ohne anankastische Persönlichkeitsstörung zu einem früheren Therapiekontakt führt. Da mögliche stattgefundene Vorbehandlungen in anderen therapeutischen Einrichtungen in die Auswertung nicht miteinbezogen werden konnten, könnte die längere Krankheitsanamnese auch ein Hinweis darauf sein, dass sich die Zwangssymptomatik bei Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung langfristig hartnäckiger erhält. Zur Klärung dieser Frage müssten noch weitere Studien durchgeführt werden, die die Ich-Syntonie und Ich-Dystonie der Symptomatik genauer abfragen und anschließend deren Korrelation mit einer längeren Krankheitsanamnese testen. Der signifikante Unterschied in der Länge der Krankheitsanamnese stellt ein interessantes und weiter zu untersuchendes Merkmal dar.

Die Betrachtung der Gruppe der Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung zeigte, dass diese Patienten häufiger das Symptom „zwanghaftes Sammeln“ ($p=0,001$) und „Verbotene Gedanken“ ($p=0,016$) aufwiesen. Einen Zusammenhang zwischen zwanghaftem Sammeln und einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung fanden auch Lochner et al. (2011), Mataix-Cols et al. (2000) und Starcevic et al. (2013). Vor allem die Tatsache, dass die Gruppe der Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung häufiger gravierende Schwierigkeiten verschlissene Dinge zu entsorgen zeigten, kann auf einen speziellen Subtyp der Zwangspatienten hinweisen. Auf der anderen Seite könnte dies aber allein in der aktuellen Situation der Diagnosekriterien begründet sein, da dieses Merkmal in der DSM-IV-TR-

Klassifikation explizit bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung erwähnt wird. Die festgestellte Auffälligkeit kann also sowohl einen speziellen Subtyp der Zwangspatienten klassifizieren oder aber ein iatrogener Effekt sein.

Im Gegensatz zu anderen Studien wie von Lochner et al. (2005) wurde bei der Auswertung dieser Arbeit kein Unterschied hinsichtlich der YBOCS-Schweregrad-Werte zwischen den Gruppen mit und ohne komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung gefunden. Das heißt, dass Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung nicht signifikant stärkere Zwangssymptome aufwiesen. Der Schweregrad der Zwangsstörung anhand von YBOCS-Werten unterschied sich in den hier erhobenen Daten nicht signifikant in Abhängigkeit von dem Auftreten einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung, wie bereits Starcevic et al. (2013) und Diaferia et al. (1997) feststellten. Auch der Erfolg der Therapie unterschied sich nicht zwischen den beiden Gruppen, eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung stellt somit keinen Marker für ein schlechteres Therapie-Outcome dar, diese Aussage entspricht den Ergebnissen von Fricke (2006).

Das Alter bei Krankheitsbeginn der Zwangsstörung unterschied sich nicht in Abhängigkeit von einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung. Eine ähnliche Feststellung trafen Diaferia et al. (1997), auch sie fanden keinen früheren Beginn der Zwangssymptomatik bei Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung. Dies unterscheidet sich von Ergebnissen, die Studien von Mancebo et al. (2008), Coles et al. (2008) und Starcevic et al. (2013) zeigten: diese sahen im Gegensatz einen frühen Beginn der Zwangssymptomatik bei von einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung Betroffenen.

Die Betrachtung des Komorbiditätsspektrums einer Zwangsstörung abhängig von einer gleichzeitigen anankastischen Persönlichkeitsstörung ergab keinen Hinweis auf eine unterschiedliche Verteilung des Auftretens anderer Achse-I-Erkrankungen.

6.2.3 Schlussfolgerungen

Die Frage nach der Definition einer separaten Untergruppe der Zwangsstörung durch eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung kann anhand der Ergebnisse dieser Arbeit nicht eindeutig geklärt werden. Die Gruppe mit komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung bildet eine Untergruppe, die häufiger an dem Symptom „zwanghaftes Sammeln“ leidet und zum Zeitpunkt der Diagnosestellung länger erkrankt ist. Zum einen kann das signifikant häufigere Auftreten von „zwanghaftem Sammeln“ in der komorbiden Gruppe ein iatrogener Effekt sein, da das Kriterium alte und verschlissene Dinge nicht entsorgen zu können in den Diagnosekriterien der anankastischen Persönlichkeitsstörung in der DSM-IV-Klassifikation explizit genannt wird. Zum anderen kann es tatsächlich eine eigene Untergruppe der Zwangspatienten definieren. Eine Überprüfung der Theorie sollte anhand von neuen Studien dann stattfinden, wenn die neu definierte Diagnose der *hoarding disorder* auch Eingang in das deutsche Diagnostikverhalten gefunden hat. Auffällig ist auch, dass die von einer Zwangsstörung und einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung Betroffenen signifikant länger an der Zwangsstörung litten bevor die aktuelle stationäre Therapie begonnen wurde. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass aufgrund einer vorbestehenden anankastischen Persönlichkeitsstörung eine länger bestehende Ich-Syntonie der Zwangssymptome bestand und somit erst später ein therapiemotivierender Leidensdruck auftrat. Oder aber auch, dass aufgrund einer länger bestehenden Zwangsstörung die Entwicklung einer anankastischen Persönlichkeitsstörung stattgefunden hat. Dies würde sich mit der Theorie von Millon (Millon, 1996) begründen lassen, dass Patienten mit einer prämorbidem Persönlichkeitsstörung Stressoren auslösen und schlechtere Copingstrategien aufweisen, weshalb sie vulnerabler für die Erkrankung an einer anderen psychischen Störung sind. Und auch, dass lange bestehende psychische Störungen, wie zum Beispiel die Zwangsstörung, durch Adaption veränderte Persönlichkeitseigenschaften zur Folge haben (Millon, 1996). Oder aber es könnte auch bedeuten, dass Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung einen langfristig längeren Therapieverlauf aufweisen.

Die Gruppe der Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung stellte in dem untersuchten Patientengut allerdings keine Gruppe dar, deren Therapieerfolg geringer ausfiel als bei Patienten ohne eine

komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung, da die YBOCS-Differenz zwischen Beginn und Ende der Therapie in beiden Gruppen in einem ähnlichen Bereich lag. Eine anankastische Persönlichkeitsstörung komorbide zu einer Zwangsstörung war in diesem Fall also kein Marker für eine schwerere Zwangserkrankung und auch nicht für einen geringeren Therapieerfolg.

Was sich dagegen schlussfolgern lässt ist, dass die anankastische Persönlichkeitsstörung und die Zwangsstörung gehäuft gleichzeitig diagnostiziert werden. Die anankastische Persönlichkeitsstörung tritt im Unterschied zu anderen Persönlichkeitsstörungen auffällig häufig komorbide zur Zwangsstörung auf. Ebenso stellt die Zwangsstörung eine bei Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung wichtige komorbide Erkrankung dar, zusammen mit den affektiven Erkrankungen die häufigste. Hieraus kann entweder ein Zusammenhang in der Hinsicht geschlussfolgert werden, dass eine Zwangsstörung zu dem Auftreten einer anankastischen Persönlichkeitsstörung prädestiniert oder aber dass eine anankastische Persönlichkeitsstörung gehäuft eine Zwangsstörung nach sich zieht. Es kann allerdings auch sein, dass sich dieser Zusammenhang darauf begründet, dass in den diagnostischen Kriterien die Grenze zwischen diesen beiden Erkrankungen nicht ganz klar gezogen ist und es aufgrund von Überschneidungen der Diagnosekriterien zu einer gehäuften gleichzeitigen Diagnosestellung kommt. Unbeachtet der Ursache lässt sich nach diesen Untersuchungen allerdings definitiv feststellen, dass ein gehäuftes gleichzeitiges Auftreten dieser beiden Erkrankungen vorliegt.

Da kein Unterschied im Therapieerfolg zwischen Zwangspatienten mit und ohne komorbider anankastischer Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden kann, können die S3-Leitlinien für Zwangsstörung dadurch ergänzt werden, dass es so scheint, als ob hinsichtlich der Behandlung der Zwangssymptomatik kein spezieller Therapieansatz für Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung notwendig ist. Die aktuelle Empfehlung der KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement scheint bei einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung ebenso effektiv wie bei Patienten ohne diese Komorbidität.

6.2.4 Diskussion der Trennschärfe der Diagnosekriterien

Wie in Kapitel 1.2.3 erwähnt überlappen sich die Diagnosekriterien für die Diagnose einer Zwangsstörung und einer anankastischen Persönlichkeitsstörung in den Diagnostikmanualen ICD-10 und DSM-IV-TR nur in einigen Punkten. Daher lässt sich von einer heterogenen Diagnostik ausgehen, vor allem bei klinikübergreifenden Untersuchungen kann dies eine Rolle spielen, da Klinikintern von einer relativ ähnlichen Diagnostikgewohnheit ausgegangen werden kann. Für eine genauere Abgrenzung der beiden Störungen voneinander ist eine bessere Definition der Grenze zwischen diesen beiden Erkrankungen notwendig. Es sollte zum Beispiel die Frage beantwortet werden, ob ein Patient mit einer Zwangsstörung mit betonter Ich-Syntonie zusätzlich eine anankastische Persönlichkeitsstörung aufweist oder einfach eine Subgruppe der Zwangsstörung darstellt.

6.2.5 Ausblick

6.2.5.1 DSM-5

In der neuen Version der DSM-Klassifikation, dem DSM-5, gibt es ein neues Überkapitel „Zwangsstörung und verwandte Störungen“, in das die Zwangsstörung eingeordnet wird. Ebenso wird auch das pathologische Horten (*hoarding*) als neues Krankheitsbild in dieses Kapitel aufgenommen. Das pathologische Horten beschreibt eine Störung, bei der eine anhaltende Schwierigkeit, sich von Gegenständen zu trennen besteht, da sonst Unbehagen beim Wegwerfen auftritt, unabhängig von dem tatsächlichen Wert der Dinge. Durch diese Schwierigkeit Gegenstände abzusondern, kommt es zu einer Anhäufung von Dingen, wodurch Wohnbereiche zugemüllt werden und Chaos entsteht, was die zweckmäßige Nutzung dieser Bereiche beeinträchtigt. Das Horten kann nicht ausreichend durch andere Erkrankungen (wie zum Beispiel Zwangserkrankungen, wahnhafte Störungen oder kognitive Defizite) erklärt werden (American Psychiatric Association, 2013, Zaudig, 2015a).

Es wird interessant sein wie sich die Komorbiditätszahlen der anankastischen Persönlichkeitsstörung und der Zwangsstörung durch Einführung dieser neuen Erkrankung verändern, da es nun eine neue Möglichkeit gibt, Krankheitsbilder, bei denen eine erhöhte Schwierigkeit Dinge zu entsorgen auftritt, diagnostisch einzuordnen. Es werden vor allem die Fälle zwanghaften Sammelns, die ein gewisses Ausmaß erreichen, unter diese neue Diagnose fallen, da die Stellung

dieser Diagnose die Überfüllung von Wohnbereichen voraussetzt. Die „leichteren“ Fälle von Sammeln werden vermutlich weiterhin in andere Störungsbilder eingeordnet.

Außerdem wird es neue Diagnosekriterien für die anankastische Persönlichkeitsstörung geben (s. Tabelle 1), die sich allerdings nicht von denen der DSM-IV-TR-Klassifikation unterscheiden. Zur Diagnosestellung müssen weiterhin vier von acht Kriterien zutreffen (Sass, 2015). Auch die Zwangsstörung bleibt mit ihren Kriterien wie in der DSM-IV-Klassifikation erhalten (Zaudig, 2015b).

6.2.5.2 Auswirkungen der Ergebnisse

Die in dieser Untersuchung erfassten Ergebnisse lassen den Rückschluss zu, dass ein Zusammenhang zwischen der Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und einer Zwangsstörung besteht. Dies verdeutlicht zum einen die Notwendigkeit der Infragestellung der Diagnostikgewohnheiten, zum anderen auch die Frage ob sich diese Komorbidität auf die therapeutische Arbeit auswirkt. Außerdem ist es wünschenswert eine genauere Differenzierung des Komorbiditätsspektrums bei Patienten, die mit einer Zwangssymptomatik in Behandlung kommen, durchzuführen. Somit können noch genauere Daten zu dem Verhältnis dieser beiden Störungen erlangt werden, da sich die Zahlen der klinisch diagnostizierten Komorbiditätsfälle und derer, die in standardisierten Interviews gefunden werden, so stark unterscheiden. Zwar legen die gefundenen Ergebnisse nahe, dass die gestellte Komorbidität einer anankastischen Persönlichkeitsstörung keine bzw. kaum Auswirkung auf den Therapieausgang bezüglich der Zwangssymptomatik hat. Die Patienten profitieren hinsichtlich des Schweregrads der Zwangssymptomatik von der regulären Zwangstherapie, jedoch ist außer der deutlich längeren Dauer der Beschwerden im Vorfeld nicht geklärt wie sich die Komorbidität auf den langfristigen Therapieerfolg auswirkt. Ein Screening von Zwangspatienten auf ihr Komorbiditätsspektrum an Persönlichkeitsstörungen ist sinnvoll, um die klinische Diagnostik zuverlässiger zu machen und somit eine ausführlichere Untersuchung dieser Untergruppe an Patienten zu ermöglichen. Dies könnte in einer prospektiven Studie mit Screening der Zwangspatienten im Vergleich zu den klinisch gestellten Diagnosen untersucht werden. Somit können langfristig neue Erkenntnisse

zur besseren Differenzierung der beiden Störungen und dadurch eine zuverlässigere Diagnostik erlangt werden.

6.2.5.3 Forschungsperspektiven

Um die klinische Relevanz dieser Ergebnisse zu unterstreichen, ist es sinnvoll noch prospektive Studien hinsichtlich des langfristigen Therapieerfolgs durchzuführen und unter dem Aspekt zu betrachten, ob eventuell bei der Gruppe mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung langfristig ein weniger beständiger Therapieerfolg gegeben ist. Die in dieser Studie zum ersten Mal an einer so großen klinischen Population gezeigten Ergebnisse lassen vermuten, dass ein Auftreten dieser beiden Störungen als komorbide Erkrankungen weitaus häufiger ist als bisher angenommen. Bisher wurden solche Schlussfolgerungen anhand von Untersuchungen an einem sehr viel kleineren Patientengut getroffen. Die Frage nach einem Kontinuum dieser beiden Erkrankungen bleibt weiter offen, dennoch lässt die in dieser Studie gefundene Häufigkeit der Komorbidität und der signifikante Zusammenhang im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen ein solches vermuten.

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass Patienten mit einer Zwangsstörung und einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung sehr lange unter den Krankheitssymptomen leiden bis sie einer Therapie zugänglich werden. Dies könnte bedeuten, dass eine bessere Früherkennung für Patienten mit Zwangssymptomen durchgeführt werden sollte, auch wenn diese ich-synton vorliegen und nicht mit starkem Leidensdruck verbunden sind. Oder aber auch, dass Patienten mit dieser Komorbidität zur langfristigen Stabilisierung einen anderen bzw. höheren therapeutischen Bedarf aufweisen. Die Früherkennung könnte die hohen Komorbiditätszahlen der beiden Störungen anankastische Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung mindern, falls ein Kontinuum zwischen diesen besteht. Außerdem kann so der Leidensweg auch bei Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung verkürzt und die psychosoziale Beeinträchtigung der Betroffenen gemindert werden. Aufgrund der fehlenden Differenzierung der Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung in eine spezifische Untergruppe, ist ein spezieller Therapieansatz bezüglich der Zwangssymptomatik während des stationären

Aufenthalts für diese Patienten nicht unbedingt notwendig, da eine komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung keine schwerere Zwangserkrankung bedeutet. Diese Patienten bedürfen schlussfolgernd aus diesen Zahlen im stationären Setting hinsichtlich der Zwangssymptomatik keiner speziellen intensiveren Therapie, da sie sich im Therapieerfolg bezüglich der Zwangssymptomatik in klassischen Zwangstherapien nicht von den Patienten ohne diese Persönlichkeitsstörung unterscheiden. Wichtig ist vermutlich eher die Gestaltung der langfristigen Behandlung. Die Auffälligkeit, dass Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung sehr viel häufiger mit dem Symptom „zwanghaftem Sammeln“ in Behandlung kommen, sollte im Verlauf der Umsetzung der neuen Diagnosekriterien einer *hoarding disorder* beobachtet werden. Interessant wird sein, ob sich die Zahl der Patienten mit der gleichzeitigen Diagnose einer Zwangsstörung und einer anankastischen Persönlichkeitsstörung reduziert, da in der Vergangenheit vermutlich die komorbide Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung die beste Möglichkeit war, Personen mit dem Symptom „zwanghaftem Sammeln“ einzuordnen. Es kann allerdings auch sein, dass die Diagnosestellung der Komorbidität der beiden Erkrankungen Zwangsstörung und anankastische Persönlichkeitsstörung unverändert bleibt und zusätzlich die Diagnose *hoarding disorder* vergeben wird. Die Aufnahme neuer Krankheitsbilder wie der *hoarding disorder* in die DSM-5-Klassifikation ist aktuell noch umstritten und es bleibt abzuwarten, ob und wann ein solches Krankheitsbild in die ICD-Klassifikation aufgenommen wird und somit auch im deutschsprachigen Raum Einfluss auf die Prävalenzzahlen haben wird.

7 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Klinikpopulation von 13280 Patienten auf die Fragestellung des Zusammenhangs zwischen Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung hin untersucht. Es wurde zum einen die Häufigkeit des komorbiden Auftretens dieser beiden Erkrankungen im Vergleich zur Komorbidität mit anderen Störungen untersucht. Zum anderen wurde die Untergruppe der Patienten mit beiden Erkrankungen als komorbide Diagnosen auf spezifische Merkmale hin geprüft und mit Zwangspatienten ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung verglichen.

Ziel war die Beantwortung der Frage, ob es ein gehäuftes Auftreten dieser beiden Erkrankungen gibt und somit ein klinisch relevanter Zusammenhang anzunehmen ist. Des Weiteren sollte überprüft werden, ob sich anhand des Kriteriums einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung eine spezifische Untergruppe an Zwangspatienten definieren lässt, ob sich also die Zwangspatienten mit dieser Komorbidität in bestimmten Merkmalen unterscheiden und möglicherweise eine Subgruppe an Zwangspatienten definiert werden kann. Außerdem wurde der Therapieverlauf von Zwangspatienten anhand von Psychometriewerten verglichen, um einen möglichen Einflussfaktor dieser Komorbidität auf die therapeutische Praxis zu überprüfen.

Es zeigte sich, dass von den 1690 Patienten mit einer Zwangsstörung als Hauptdiagnose die anankastische Persönlichkeitsstörung die häufigste signifikante komorbide Persönlichkeitsstörung zur Zwangsstörung war (3,6%; $n=61$; $p=0,0001$). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Beobachtungen früherer in dieser Arbeit aufgeführten Studien, jedoch ist in dieser Arbeit eine deutlich größere Zahl an Zwangspatienten ($n=1690$) eingeschlossen worden als bisher (Denys et al., 2004, $n=420$; Pinto et al., 2006, $n=293$). Die Betrachtung des Komorbiditätsspektrums der anankastischen Persönlichkeitsstörung ($n=164$) zeigte ebenfalls eine signifikante Häufung der Diagnose einer komorbiden Zwangsstörung ($n=61$, 37,2%, $p<0,0001$), jedoch traten auch andere psychiatrische Komorbiditäten signifikant häufig auf. Dieses Ergebnis lag höher als in bisher durchgeführten Studien, wie zum Beispiel Eisen et al. (2006), die bei 20% von 292 untersuchten Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung eine komorbide Zwangsstörung gefunden

haben ($p < 0,0001$). Die Betrachtung der spezifischen Merkmale der Untergruppe der Zwangspatienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Zwangspatienten ohne diese Komorbidität zeigte, dass sich die beiden Gruppen in der Länge der Krankheitsanamnese bis Therapiebeginn voneinander unterscheiden. Die Patienten mit einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung wiesen eine signifikant längere Krankheitsanamnese auf ($p = 0,002$). Dieses Merkmal wurde in keiner der in der Arbeit genannten bisherigen Studien untersucht. Außerdem trat bei einer komorbiden anankastischen Persönlichkeitsstörung häufiger das Zwangssymptom „Sammeln“ auf, dies deckt sich mit anderen bisher durchgeführten Studien (Starcevic et al., 2013; Mataix-Cols et al., 2000; Lochner et al., 2011). Den Therapieerfolg betreffend konnte kein Unterschied in der Verbesserung des Schweregrads festgestellt werden, Zwangspatienten mit und ohne komorbide anankastische Persönlichkeitsstörung zeigten beide sowohl einen ähnlichen Schweregrad der Zwangssymptomatik als auch eine ähnliche Besserung im Therapieverlauf. Dies deckt sich ebenfalls mit bisher erfolgten Untersuchungen (Starcevic et al., 2013, Diaferia et al., 1997, Fricke, 2006).

Somit lässt sich zusammenfassend feststellen, dass entgegen der bisherigen Auffassung, eine deutliche Häufung der anankastischen Persönlichkeitsstörung komorbide zur Zwangsstörung vorliegt, ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Störungen also nicht grundsätzlich auszuschließen ist. Der Beleg einer solchen Häufung im Auftreten anhand der großen untersuchten Klinikpopulation sollte durch prospektive Studiendesigns überprüft werden und kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass es doch einen Zusammenhang in der Entstehung der beiden Störungen gibt. Ein Unterscheidungsmerkmal der Zwangspatienten mit und ohne anankastische Persönlichkeitsstörung stellt zum einen die deutlich längere Krankheitsanamnese derer mit einer solchen Komorbidität dar, zum anderen auch das Symptom „Sammeln“. Angesichts der Tatsache, dass in die DSM-5-Klassifikation *hoarding* als eigenständige Krankheitsentität aufgenommen wurde, wird eine Beobachtung der Entwicklung dieser Komorbidität in den nächsten Jahren interessant sein. Die gefundenen Merkmale reichen allerdings nicht aus, um eine spezifische Subgruppe zu definieren. Die aktuellen Empfehlungen zur Therapie der Zwangsstörung scheinen auch für die Komorbidität mit der anankastischen Persönlichkeitsstörung effektiv und angemessen zu sein.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ICD-10: F 42 Zwangsstörung.....	18
Abbildung 2: ICD-10: F 60 Persönlichkeitsstörungen	20
Abbildung 3: ICD-10: F 60.5 anankastische Persönlichkeitsstörung	21
Abbildung 4: DSM-IV-TR: Zwangsstörung.....	23
Abbildung 5: DSM-IV: Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung	25
Abbildung 6: DSM-IV: Zwanghafte Persönlichkeitsstörung.....	26
Abbildung 7: Absolute Anzahl komorbider PS-Diagnosen innerhalb der ZS (F42) (n=1690).....	72
Abbildung 8: Absolute Anzahl komorbider Diagnosen innerhalb der APS (F60.5) (n=164).....	74
Abbildung 9: Darstellung des Verlaufs der YBOCS-Mittelwerte.....	76
Abbildung 10: YBOCS-Schweregrad-Fragebogen	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosekriterien der APS (=anankastische Persönlichkeitsstörung) in verschiedenen Diagnostikmanualen	28
Tabelle 2: Übersichtstabelle Diaferia et al. 1997	37
Tabelle 3: Übersichtstabelle Samuels et al. 2000	37
Tabelle 4: Übersichtstabelle Denys et al. 2004.....	38
Tabelle 5: Übersichtstabelle Ruppert et al. 2007	38
Tabelle 6: Übersichtstabelle Eisen et al. 2006.....	38
Tabelle 7: Übersichtstabelle Konermann et al. 2006	39
Tabelle 8: Übersichtstabelle Lochner et al. 2011	41
Tabelle 9: Zusammenfassende Übersicht der aktuellen Studienlage	42
Tabelle 10: Alter im Patientenkollektiv in Jahren	57
Tabelle 11: Diagnosespektrum des Patientenkollektivs.....	57
Tabelle 12: Geschlechterverteilung	58
Tabelle 13: Alter bei Aufnahme in Jahren.....	59
Tabelle 14: Alter bei Krankheitsbeginn in Jahren	60
Tabelle 15: Krankheitsanamnese in Monaten.....	60
Tabelle 16: Komorbidität mit anderen F-Diagnosen	61
Tabelle 17: Komorbidität ZS und APS	62
Tabelle 18: Komorbidität ZS und PS	63
Tabelle 19: Komorbidität der APS	65
Tabelle 20: Zwangskategorien.....	67
Tabelle 21: Anzahl Symptomkategorien	68
Tabelle 22: Krankheitsanamnese in Jahren.....	68
Tabelle 23: Verlauf der YBOCS-Werte	69
Tabelle 24: Differenz der YBOCS-Werte zwischen Aufnahme und Entlassung.....	70
Tabelle 25: Komorbidität ZS und ausgewählte PS	73
Tabelle 26: Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Studienlage	80

Anhang

Zwangshandlung - Skala (bitte entsprechenden Punktwert einkreisen)

Item	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8 Std./Tag
6. Zeitaufwand für die Zwangshandlungen					
Punktwert	0	1	2	3	4
7. Störung durch Zwangshandlungen	Nein	Leicht	Deutlich, aber beherrschbar	Erhebliche Beeinträchtigung	Invalidisierend
Punktwert	0	1	2	3	4
8. Unbehagen durch Zwangshandlungen	Nein	Etwas	Mäßig, aber beherrschbar	Schwer	Fast ständig, behindernd
Punktwert	0	1	2	3	4
9. Widerstand gegen Zwangshandlungen	Leistet immer Widerstand	Leistet häufig Widerstand	Leistet etwas Widerstand	Gibt häufig nach	Gibt völlig nach
Punktwert	0	1	2	3	4
10. Beherrschung der Zwangshandlungen	Völlig unter Kontrolle	Weitgehend unter Kontrolle	Etwas unter Kontrolle	Kaum unter Kontrolle	Nicht unter Kontrolle
Punktwert	0	1	2	3	4

Zwischensumme Zwangshandlungen (Summe der Items 6-10)

Gesamt Y-BOCS (Summe der Items 1-10)

BEMERKUNGEN

Januar 2003

Y-BOCS Schweregradschema
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*

Anwendung des Y-BOCS-Beschwerdebogens und des Y-BOCS Schweregradschemas

1. Stellen Sie die Diagnose Zwangsstörung.
2. Erfassen Sie gegenwärtige und vergangene Symptome mit Hilfe des Y-BOCS Beschwerdebogens (anderes Formular).
3. Bestimmen Sie dann den Schweregrad der Zwangsstörung während der vergangenen Woche mit Hilfe des untenstehenden Schweregradschemas mit 10 Items.
4. Wenden Sie erneut den Y-BOCS-Beschwerdebogen zur Kontrolle des Fortschritts an.

Patient _____

Datum 1. Bericht _____ Datum dieses Berichts _____

Zwangsgedanken-Skala (bitte entsprechenden Punktwert einkreisen)

Achtung: Der Punktwert sollte den Gesamteffekt aller Zwangssymptome des Patienten widerspiegeln. Bewerten Sie das durchschnittliche Ausmaß jedes Items im Verlauf der vorigen Woche bis einschließlich zum Zeitpunkt der Befragung.

Item	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8 Std./Tag
1. Zeitaufwand für die Zwangsgedanken					
Punktwert	0	1	2	3	4
2. Störung durch Zwangsgedanken	Nein	Leicht	Deutlich, aber beherrschbar	Erhebliche Beeinträchtigung	Invalidisierend
Punktwert	0	1	2	3	4
3. Unbehagen durch Zwangsgedanken	Nein	Etwas	Mäßig, aber beherrschbar	Schwer	Fast ständig, behindernd
Punktwert	0	1	2	3	4
4. Widerstand gegen Zwangsgedanken	Leistet immer Widerstand	Leistet häufig Widerstand	Leistet etwas Widerstand	Gibt häufig nach	Gibt völlig nach
Punktwert	0	1	2	3	4
5. Beherrschung der Zwangsgedanken	Völlig unter Kontrolle	Weitgehend unter Kontrolle	Etwas unter Kontrolle	Kaum unter Kontrolle	Nicht unter Kontrolle
Punktwert	0	1	2	3	4

Zwischensumme Zwangsgedanken (Summe der Items 1-5)

* Ausleierung mit freundlicher Genehmigung von Wayne K. Goodman, MD
WK Goodman et al Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006-1011

Abbildung 10: YBOCS-Schweregrad-Fragebogen

Literaturverzeichnis

Abramowitz, J. S. (2004) *Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression*. In: *J Clin Psychol* 60, 1133–1141.

Abramowitz, J. S. (2006) *The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder*. In: *Can J Psychiatry* 51, 407–416.

Abramowitz, J. S., Taylor, S., McKay, D. (2009) *Obsessive-compulsive disorder*. In: *Lancet* 374, 491–499.

Abramowitz, J. S., Taylor, S., McKay, D., Deacon, B. J. (2011) *Animal models of obsessive-compulsive disorder*. In: *Biol Psychiatry* 69, 29–30.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.

Atmaca, M., Yildirim, H., Koc, M., Korkmaz, S., Ozler, S., Erenkus, Z. (2011) *Do defense styles of ego relate to volumes of orbito-frontal cortex in patients with obsessive-compulsive disorder?* In: *Psychiatry Investig* 8, 123–129.

Ayers, C. R., Saxena, S., Golshan, S., Wetherell, J. L. (2010) *Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding*. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 25, 142–149.

Baer, L. (1994) *Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders*. In: *J Clin Psychiatry* 55, 18–23.

Baer, L., Jenike, M. A. (1992) *Personality disorders in obsessive compulsive disorder*. In: *Psychiatr Clin North Am* 15, 803–812.

Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., Seymour, R. J., Minichiello, W. E., Buttolph, M. L. (1990) *Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder*. In: *Arch Gen Psychiatry* 47, 826–830.

Besiroglu, L., Sozen, M., Ozbeyit, O., Avcu, S., Selvi, Y., Bora, A. et al. (2011) *The involvement of distinct neural systems in patients with obsessive-compulsive disorder with autogenous and reactive obsessions*. In: *Acta Psychiatr Scand* 124, 141–151.

Bjorgvinsson, T., Hart, J., Heffelfinger, S. (2007) *Obsessive-compulsive disorder: update on assessment and treatment*. In: *J Psychiatr Pract* 13, 362–372.

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Kelmendi, B., Coric, V., Bracken, M. B., Leckman, J. F. (2006) *A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder*. In: *Mol Psychiatry* 11, 622–632.

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., Leckman, J. F. (2008) *Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder*. In: *Am J Psychiatry* 165, 1532–1542.

Bortz, J., Schuster, C. (2010) *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., Santis, V. de, Maj, M. (2010) *Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study*. In: *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 34, 323–330.
- Chakraborty, V., Cherian, A. V., Math, S. B., Venkatasubramanian, G., Thennarasu, K., Mataix-Cols, D., Reddy, Y. C. J. (2012) *Clinically significant hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from an Indian study*. In: *Compr Psychiatry* 53, 1153–1160.
- Chamberlain, S. R., Menzies, L., Hampshire, A., Suckling, J., Fineberg, N. A., del Campo, N. et al. (2008) *Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives*. In: *Science* 321, 421–422.
- Chiu, C. M., Tang, H. S., Liu, I. C., Chiang, W. Y., Yeh, F. C., Jaw, F. S., Tseng, W. Y. I. (2011) *White matter abnormalities of fronto-striato-thalamic circuitry in obsessive-compulsive disorder: A study using diffusion spectrum imaging tractography*. In: *Psychiatry Res* 192, 176–182.
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., Eisen, J. L. (2008) *OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD?* In: *J Psychiatr Res* 42, 289–296.
- Deacon, B. J., Abramowitz, J. S. (2005) *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement*. In: *J Anxiety Disord* 19, 573–585.
- Degkwitz, R. (Hg.) (1980) *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten: Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, ICD 9. Revision, Kapitel V*. Unter Mitarbeit von Helmchen, H., Kockott, G. und Mombour, W. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Deister, A. (2009) *Zwangsstörungen*. In: Möller, H. J. und Laux, G. (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Unter Mitarbeit von Deister, A. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme, 129–139.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, J., Geus, F. de, Westenberg, H. (2004) *Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder*. In: *J Affect Disord* 80, 155–162.
- Diaferia, G., Bianchi, I., Bianchi, M. L., Cavedini, P., Erzegovesi, S., Bellodi, L. (1997) *Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder*. In: *Compr Psychiatry* 38, 38–42.
- Dilling, H. (Hg.) (2010) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Unter Mitarbeit von Mombour W., Schmidt M.H. und Schulte-Markwort E. WHO. 7. Aufl. Bern: Huber Verlag.
- Doron, G., Moulding, R. (2009) *Cognitive behavioral treatment of obsessive compulsive disorder: a broader framework*. In: *Isr J Psychiatry Relat Sci* 46, 257–263.
- Eisen, J. L., Coles, M. E., Shea, M. T., Pagano, M. E., Stout, R. L., Yen, S. et al. (2006) *Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder*. In: *J Pers Disord* 20, 294–305.

- Ekselius L. (1994) *SCID-II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R*. In: *Acta Psychiatr Scand* 90, 120–123.
- Ent D. den, van Braber, A., Boomsma, D. I., Cath, D. C., Veltman, D. J., Geus, E. J. (2011) *White Matter Differences in Monozygotic Twins Discordant or Concordant for Obsessive-Compulsive Symptoms: A Combined Diffusion Tensor Imaging/Voxel-Based Morphometry Study*. In: *Biol psychiatry* 70, 969–977.
- Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Hollander, E., Boulougouris, V., Robbins, T. W. (2011) *Translational approaches to obsessive-compulsive disorder: from animal models to clinical treatment*. In: *British journal of pharmacology* 164, 1044–1061.
- Fineberg, N. A., Krishnaiah, R. B., Moberg, J., O'Doherty, C. (2008) *Clinical screening for obsessive-compulsive and related disorders*. In: *Isr J Psychiatry Relat Sci* 45, 151–163.
- First, M. B. (1997) *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder, (SCID-II)*. Unter Mitarbeit von Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams J. B. W. und Benjamin L. S. Washington D.C. In: *American Psychiatric Press*.
- Fisher, P. L., Wells, A. (2005) *How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis*. In: *Behaviour Research and Therapy* 43, 1543–1558.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz M. V., Marques C., Versiani M. (2003) *Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study*. In: *Journal of Psychiatric Research* 37, 127–133.
- Franklin, M. E., Foa, E. B. (2011) *Treatment of obsessive compulsive disorder*. In: *Annu Rev Clin Psychol* 7, 229–243.
- Freud, S. (1941) *Charakter und Analerotik*. In: S. Freud: *Gesammelte Werke in achtzehn Bänden, Bd. 7*. 1. Aufl. Hg. v. A. Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris und O. Osakower. Unter Mitarbeit von Bonaparte, M. Frankfurt: S. Fischer, 200–209.
- Fricke, S. (2006) *Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study*. In: *Eur Psychiatry* 21, 319–324.
- Frost, R. O., Steketee, G., Krause, M. S., Trepanier, K. L. (1995) *The relationship of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to other measures of obsessive compulsive symptoms in a nonclinical population*. In: *J Pers Assess* 65, 158–168.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinicke, S., König J. (1996) *Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen*. In: *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie*, 56–90.
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S. (2010) *Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I)*. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49, 1024–1033.

- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., Bozikas, V. P. (2010) *Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder?* In: *Psychiatry Res* 177, 156–160.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., Charney, D. S. (1989a) *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity.* In: *Arch Gen Psychiatry* 46, 1012–1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L. et al. (1989b) *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability.* In: *Arch Gen Psychiatry* 46, 1006–1011.
- Grant J. E., Mooney, M. E., Kushner, M. G. (2012) *Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.* In: *J Psychiatr Res* 46, 469–475.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Williams, K. A., Eisen, J. L., Rasmussen, S. A. (2007) *Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity.* In: *Psychiatry Res* 152, 21–27.
- Hasler, G., Pinto, A., Greenberg, B. D., Samuels, J., Fyer, A. J., Pauls, D. et al. (2007) *Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study.* In: *Biol Psychiatry* 61, 617–625.
- Heyman, I., Mataix-Cols, D., Fineberg, N. A. (2006) *Obsessive-compulsive disorder.* In: *BMJ* 333, 424–429.
- Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) (2003) *Psy-BaDo-PTM. Stationäre Version 3.6.* München.
- Janet, P. (1903) *Les obsessions et la psychasthénie.* Paris: Alcan.
- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A. et al. (2009) *Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity.* In: *Depress Anxiety* 26, 1012–1017.
- Jaspers, K. (1973) *Allgemeine Psychopathologie.* 9. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Jenike, M. A. (1983) *Obsessive compulsive disorder.* In: *Compr Psychiatry* 24, 99–115.
- Konermann, J., Hammerstein, A. von, Zaudig, M., Tritt, K. (2006) *Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen in psychosomatisch/psychotherapeutischen Kliniken.* In: *Persönlichkeitsstörungen* 10, 3–17.
- Kordon, A., Lotz-Rambaldi, W., Muche-Borowski, C., Hohagen, F. (2013) *S3-Leitlinien Zwangsstörung.* Hg. v. Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (038/017). Online verfügbar unter

- http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017l_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2013.pdf, [zuletzt geprüft am 09.09.2015].
- Koutoufa I., Furnham, A. (2014) *Mental health literacy and obsessive-compulsive personality disorder*. In: *Psychiatry Res* 215, 223–228.
- Kraepelin, E. (1915) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte IV. Band*. 8. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C. et al. (1997) *Symptoms of obsessive-compulsive disorder*. In: *Am J Psychiatry* 154, 911–917.
- Leckman, J. F., Zhang, H., Alsobrook, J. P., Pauls, D. L. (2001) *Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: toward quantitative phenotypes*. In: *Am J Med Genet* 105, 28–30.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., Kessler, R. C. (2007) *DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. In: *Biol Psychiatry* 62, 553–564.
- Lochner, C., Stein, D. J. (2010) *Obsessive-compulsive spectrum disorders in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders*. In: *Psychopathology* 43, 389–396.
- Lochner, C., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Nel, D., Seedat, S., Moolman-Smook, J. C., Stein, D. J. (2008) *Cluster analysis of obsessive-compulsive symptomatology: identifying obsessive-compulsive disorder subtypes*. In: *Isr J Psychiatry Relat Sci* 45, 164–176.
- Lochner, C., Kinnear, C. J., Hemmings, S. M. J., Seller, C., Niehaus, D. J. H., Knowles, J. A. et al. (2005) *Hoarding in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates*. In: *J Clin Psychiatry* 66, 1155–1160.
- Lochner, C., Serebro, P., van der Merwe, L., Hemmings, S., Kinnear, C., Seedat, S., Stein, D. J. (2011) *Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): a marker of severity*. In: *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry* 35, 1087–1092.
- Mancebo, M. C., Albert, U., Salvi, V., Pessina, E., Bogetto, F. (2008) *Early-onset obsessive-compulsive disorder and personality disorders in adulthood*. In: *Psychiatry Res* 158, 217–225.
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A. (2012) *Annual Research Review: Hoarding disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorder*. In: *J Child Psychol Psychiatry* 53, 608–618.
- Mataix-Cols, D., Baer, L., Rauch, S. L., Jenike, M. A. (2000) *Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders*. In: *Acta Psychiatr Scand* 102, 199–202.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F. et al. (2010) *Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V?* In: *Depress Anxiety* 27, 556–572.

- Mataix-Cols, D., Fullana, M. A., Alonso, P., Menchón, J. M., Vallejo, J. (2004) *Convergent and discriminant validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist*. In: *Psychother Psychosom* 73, 190–196.
- Mataix-Cols, D., La Cruz, L. F. de, Nakao, T., Pertusa, A. (2011) *Testing the validity and acceptability of the diagnostic criteria for Hoarding Disorder: a DSM-5 survey*. In: *Psychol Med* 41, 1–10.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., Baer, L. (2002) *Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial*. In: *Psychother Psychosom* 71, 255–262.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., Baer, L. (1999) *Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder*. In: *Am J Psychiatry* 156, 1409–1416.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. Conceição do, Leckman, J. F. (2005) *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder*. In: *Am J Psychiatry* 162, 228–238.
- Matsunaga, H., Hayashida, K., Kiriike, N., Maebayashi, K., Stein, D. J. (2010) *The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder*. In: *Psychiatry Res* 180, 25–29.
- Matsunaga, H., Nagata, T., Hayashida, K., Ohya, K., Kiriike, N., Stein, D. J. (2009) *A long-term trial of the effectiveness and safety of atypical antipsychotic agents in augmenting SSRI-refractory obsessive-compulsive disorder*. In: *J Clin Psychiatry* 70, 863–868.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D. et al. (2004) *A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms*. In: *Clin Psychol Rev* 24, 283–313.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F., Yaryura-Tobias, J. A. (1995) *Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale: A two dimensional measure*. In: *Behav Res Ther* 33, 865–869.
- Millon, T. (1996) *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. Unter Mitarbeit von Davis R.D. 2. Aufl. New York: John Wiley and Sons
- Nestadt, G., Addington, A., Samuels, J., Liang, K.-Y., Bienvenu, O. J., Riddle, M. et al. (2003) *The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity*. In: *Biol Psychiatry* 53, 914–920.
- Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Cai, G., Samuels, J., Eaton, W. W. (1998) *Incidence of obsessive-compulsive disorder in adults*. In: *J Nerv Ment Dis* 186, 401–406.
- Nestadt, G., Di, C. Z., Riddle, M. A., Grados, M. A., Greenberg, B. D., Fyer, A. J. et al. (2009) *Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity*. In: *Psychol Med* 39, 1491.

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M. et al. (2000) *A family study of obsessive-compulsive disorder*. In: *Arch Gen Psychiatry* 57, 358–363.

Niedermeier, N., Zaudig, M. (2002) *Definition und Beschreibung der Zwangsphänomene*. In: Zaudig, M., Hauke, W. und Hegerl, U. (Hg.): *Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie*. Unter Mitarbeit von Bossert-Zaudig, S., Mavrogiorgou, P., Niedermeier, N. und Simon, M. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH, 1–11.

Nussbaum, D., Rogers, R. (1992) *Screening Psychiatric Patients for Axis II Disorders*. In: *Can J Psychiatry* 37, 658–660.

Oldham, J. M. (2010) *Zwanghafte Persönlichkeitsstörung*. In: Oldham, J. M. (Hg.): *Ihr Persönlichkeitsportrait. Warum Sie genauso denken, lieben und sich verhalten wie sie es tun*. Unter Mitarbeit von Morris, L. 6. Aufl.: Verlag Klotz, 87–95.

Perez, M., Brown, J. S., Vrshek-Schallhorn, S., Johnson, F., Joiner, T. E. (2006) *Differentiation of obsessive-compulsive-, panic-, obsessive-compulsive personality-, and non-disordered individuals by variation in the promoter region of the serotonin transporter gene*. In: *J Anxiety Disord* 20, 794–806.

Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D. et al. (2010) *Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review*. In: *Clin Psychol Rev* 30, 371–386.

Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D. (2008) *Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both?* In: *Am J Psychiatry* 165, 1289–1298.

Pinto, A., Greenberg, B. D., Grados, M. A., Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Murphy, D. L. et al. (2008) *Further development of YBOCS dimensions in the OCD Collaborative Genetics study: symptoms vs. categories*. In: *Psychiatry Res* 160, 83–93.

Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., Rasmussen, S. A. (2006) *The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake*. In: *J Clin Psychiatry* 67, 703–711.

Probst, T., Heymann, F. von, Zaudig, M., Konermann J., Lahmann, C. Loew T., Tritt K. (2009) *Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung. Ergebnisse einer multizentrischen Katamnese studie*. In: *Z Psychosom Med Psychother* 55, 409–420.

Rauch, S. L., Dougherty, D. D., Cosgrove, G. R., Cassem, E. H., Alpert, N. M., Price, B. H. et al. (2001) *Cerebral metabolic correlates as potential predictors of response to anterior cingulotomy for obsessive compulsive disorder*. In: *Biol Psychiatry* 50, 659–667.

Reinecker, H. (2003) *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*. In: Reinecker, H. (Hg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen*. 4. Aufl. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe, 131–153.

Reinecker, H. (2009) *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Romano, S., Goodman, W., Tamura, R., Gonzales, J. (2001) *Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response: a comparison of fluoxetine versus placebo*. In: *J Clin Psychopharmacol* 21, 46–52.

Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D. et al. (2006) *The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions*. In: *Mol Psychiatry* 11, 495–504.

Ruffini, C., Locatelli, M., Lucca, A., Benedetti, F., Insacco, C., Smeraldi, E. (2009) *Augmentation effect of repetitive transcranial magnetic stimulation over the orbitofrontal cortex in drug-resistant obsessive-compulsive disorder patients: a controlled investigation*. In: *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 11, 226–230.

Ruppert, S., Zaudig, M., Konermann, J. (2007) *Zur Frage der Komorbidität von Zwangsstörung und Zwanghafter Persönlichkeitsstörung*. In: *Persönlichkeitsstörungen* 11, 98–100.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiang, W. T., Kessler, R. C. (2010) *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. In: *Mol Psychiatry* 15, 53–63.

Sachdev, P. S., Loo, C. K., Mitchell, P. B., McFarquhar, T., Malhi G. S. N. (2007) *Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive compulsive disorder: a double-blind controlled investigation*. In: *Psychol Med* 37, 1645–1649.

Sachse, R. (2004) *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. 2. Aufl.: Hogrefe Verlag.

Salkovskis, P. M. (1998) *Psychological approaches to the understanding of obsessional problems*. In: Swinson, R. P. (Hg.): *Obsessive-compulsive disorder. Theory, Research and Treatment*. Unter Mitarbeit von Antony, N., Rachmann, S. und Richter, M. New York: Guildford, 33–51.

Salkovskis, P. M., Ertle, A., Kirk, J. (2009) *Zwangsstörung*. In: Margraf, J. und Schneider, S. (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2*. 4 Bände: Springer (2), 66–86.

Salkovskis, P. M., Forester, E., Richards, C. (1998) *Cognitive-behavioral approach to understanding obsessional thinking*. In: *Br J Psychiatry* 35, 53–63.

Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K.-Y. et al. (2008) *Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample*. In: *Behav Res Ther* 46, 836–844.

Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Pinto, A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L. et al. (2007) *Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study*. In: *Behav Res Ther* 45, 673–686.

- Samuels, J., Bienvenu, O. Joseph, Riddle, M. A., Cullen, B. A. M., Grados, M. A., Liang, K. Y. et al. (2002) *Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study*. In: *Behav Res Ther* 40, 517–528.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K. Y. et al. (2000) *Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder*. In: *Br J Psychiatry* 177, 457–462.
- Sass, H. (2015) *Zwanghafte Persönlichkeitsstörung*. Unter Mitarbeit von Bohus, M., Fiedler, P., Herpertz, S. und Renneberg, B. In: Falkai, P. und Wittchen, H. U. (Hg.): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Unter Mitarbeit von Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. und Zaudig, M. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 931–936.
- Sass, H., Wittchen, H.-U, Zaudig, M., Houben, I. (2003) *Diagnostische Kriterien - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Starcevic, V., Brakoulias, V. (2008) *Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment?* In: *Aust N Z J Psychiatry* 42, 651–661.
- Starcevic, V., Brakoulias, V. (2014) *New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions*. In: *Curr Opin Psychiatry* 27, 62–67.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., Hannan, A. (2013) *Obsessive-compulsive personality disorder co-occurring with obsessive-compulsive disorder: Conceptual and clinical implications*. In: *Aust N Z J Psychiatry* 47, 65–73.
- Steketee, G., Frost, R., Bogart, K. (1996) *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: interview versus self-report*. In: *Behav Res Ther* 34, 675–684.
- Stewart, S. E., Rosario, M. C., Baer, L., Carter, A. S., Brown, T. A., Scharf, J. M. et al. (2008) *Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults*. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47, 763–772.
- Storch, E. A., Larson, M. J., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Murphy, T. K., Goodman, W. K. (2010a) *Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist*. In: *J Anxiety Disord* 24, 650–656.
- Storch, E. A., Lewin, A. B., Farrell, L., Aldea, M. A., Reid, J., Geffken, G. R., Murphy, T. K. (2010b) *Does cognitive-behavioral therapy response among adults with obsessive-compulsive disorder differ as a function of certain comorbidities?* In: *J Anxiety Disord* 24, 547–552.
- Storch, E. A., Shapira, N. A., Dimoulas, E., Geffken, G. R., Murphy, T. K., Goodman, W. K. (2005) *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: the dimensional structure revisited*. In: *Depress Anxiety* 22, 28–35.
- Summerfeldt, L. J., Huta, V., Swinson, R. P. (1998) *Personality and obsessive-compulsive disorder*. In: Swinson, R. P. (Hg.): *Obsessive-compulsive disorder*.

Theory, Research and Treatment. Unter Mitarbeit von Antony, N., Rachmann, S. und Richter, M. New York: Guildford, 79–120.

Torgersen, S. (2009) *The nature (and nurture) of personality disorders.* In: *Scandinavian Journal of Psychology* 50, 624–632.

Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001) *The prevalence of personality disorders in a community sample.* In: *Arch Gen Psychiatry* 58, 590–596.

Wheaton, M., Timpano, K. R., Lasalle-Ricci, V. H., Murphy, D. (2008) *Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender.* In: *J Anxiety Disord* 22, 243–252.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2012) *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?* DEGS, 14.06.2012. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile, [zuletzt geprüft am 09.09.2015].

Zaudig, M. (2011a) *Die Zwangsstörung - Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie.* In: *Z Psychosom Med Psychother* 57, 3–50.

Zaudig, M. (2011b) *Heterogenität und Komorbidität der Zwangsstörung.* In: *Nervenarzt* 3, 290–298.

Zaudig, M. (2015a) *Pathologisches Horten.* Unter Mitarbeit von Buhlmann, U., Hauke, W., Hohagen, F., Kathmann, N., Hammerstein, A. von, Wahl-Kordon, A. et al. In: Falkai, P. und Wittchen, H. U. (Hg.): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5.* Unter Mitarbeit von Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. und Zaudig, M. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 337–342.

Zaudig, M. (2015b) *Zwangsstörung.* Unter Mitarbeit von Buhlmann, U., Hauke, W., Hohagen, F., Kathmann, N., Hammerstein, A. von, Wahl-Kordon, A. et al. In: Falkai, P. und Wittchen, H. U. (Hg.): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5.* Unter Mitarbeit von Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. und Zaudig, M. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 322–330.

Zaudig, M., Hauke, W., Hegerl, U. (Hg.) (2002) *Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie.* Unter Mitarbeit von Bossert-Zaudig, S., Mavrogiorgou, P., Niedermeier, N. und Simon, M. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Danksagung

Prof. Michael Zaudig, Arzt, Mentor und Vorbild, für seine Geduld und die uneingeschränkte Unterstützung, die er mir zuteilwerden lassen hat. Durch seinen Wissensschatz, seine Erfahrung, seine Wärme und seine Begeisterung für das Fach, wurde mein Wunsch in die psychiatrische und psychosomatische Medizin zu gehen maßgeblich beeinflusst.

Dr. Jürgen Konermann, Dipl.-Psychologe und Master-Brain, für die Orientierungshilfe und die Unterstützung, mich in dem Überfluss an Daten und interessanten Fragestellungen zurechtzufinden.

Alexander Hofmann, Arzt und Partner, für seine nicht endende Geduld und die Fähigkeit Stütze zu sein, wenn ich an meinen eigenen Fähigkeiten zweifle. Außerdem für die Hilfe im Umgang mit sämtlichen Computerdingen, Gedankenknoten und endlos scheinenden To-Do-Listen.

Meinen Eltern, Klaus Bratky und Erika Meyhöfer-Bratky, die es mir ermöglicht haben, meine Interessen und meine Leidenschaft zum Beruf zu machen. Und die zusammen mit Sonja Bratky, Schwester und Freundin, in ihrer bedingungslosen Liebe mir die Freiheit ließen, mich zu entfalten, und immer an mich geglaubt haben, selbst wenn ich mir so oft selbst im Weg stand.

Eidesstattliche Versicherung

Bratky, Vera

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Untersuchung der Komorbidität zwischen Zwangsstörung und anankastischer
Persönlichkeitsstörung anhand der Daten der Psychosomatischen Klinik Windach**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand